

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DU
CANCER DU PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J. VERNAY

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

ANCIEN INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

NÉ A VIENNE (Isère)



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Juillet 1884

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DU
CANCER DU PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

J. VERNAY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

Né à VIENNE (Isère)



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
BONDET.	} ASSESSEURS.
CROLAS.	
MONOYER	

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapie générale.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
Cliniques médicales	} LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	} BONDET.
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	} RAMBAUD, professeur-adjoint
Clinique des maladies mentales	
	} OLLIER.
	} TRIPIER (LÉON).
	} BOUCHACOURT.
	} DELORE, professeur-adjoint.
	} GAYET.
	} GAILLETON.
	} PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSON	VINCENT	M. CHARPY
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. R. TRIPIER, président; M. PERROUD, assesseur; MM. VINAY et PERRET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RAYMOND TRIPIER

MÉDECIN DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Tous les organes glandulaires sont susceptibles d'être atteints de dégénérescence cancéreuse : qu'ils proviennent du feuillet externe de l'ectoderme, comme les glandes salivaires et lacrymales, les glandes mammaires et celles du col utérin, ou bien du feuillet interne, comme les glandes qui naissent sur le trajet du tube digestif, ils peuvent tous être à un moment donné, le siège d'un néoplasme. La tumeur qui se développe ainsi peut varier de nature, selon l'organe où elle prend naissance, et mériter d'être classée parmi les tumeurs bénignes ou les tumeurs malignes. Mais cette distinction, qui repose surtout sur un fait clinique, perd de sa valeur au point de vue anatomique, car il arrive souvent que des néoplasmes qui ne sont généralement pas sujets à une extension rapide, acquièrent tous les caractères de la malignité, par suite de leur siège spécial et des troubles considé-

rables qu'ils apportent à l'accomplissement des fonctions physiologiques. Leur nature n'a ici qu'un rôle secondaire ; le point où ils se montrent joue le rôle principal. C'est pour cela que l'on voit des néoplasmes à marche lente, tels que les squirrhes, amener une terminaison fatale aussi rapidement que des tumeurs à marche rapide, telles que le carcinome et l'épithélioma.

Le pancréas ne fait pas exception à la loi générale et il est susceptible, comme les autres glandes intestinales, de subir la dégénérescence cancéreuse ou la sclérose conjonctive. Le rôle effacé, que cet organe semble jouer dans la transformation des aliments en matières assimilables, et sa situation reculée dans l'abdomèn, rendent seuls compte de la difficulté avec laquelle on constate ses lésions. C'est qu'en effet, s'il est facile de diagnostiquer une affection du tube digestif, il n'est pas toujours possible de la localiser, car les symptômes généraux sont, à peu de chose près, les mêmes quel que soit le point atteint. C'est ainsi que le cancer du foie et celui de l'estomac ont souvent entre eux une telle similitude, qu'il est permis à des cliniciens exercés de les confondre. Les affections du pancréas peuvent, à plus forte raison, passer inaperçues, d'autant plus que la physiologie de cet organe est encore très mal connue. Aussi, le cancer du pancréas est-il une affection qui n'est presque jamais constatée qu'à l'autopsie, et ce n'est que dans quelques cas assez rares qu'on a pu le reconnaître pendant la vie du malade.

Le but de ce travail est précisément d'apporter

quelques éléments nouveaux à ce diagnostic et d'établir, autant que possible, une distinction clinique entre les tumeurs du pancréas et celles des organes voisins.

Parmi les organes qui peuvent être atteints de cancer, les uns le sont primitivement, les autres secondairement. Il existe même une loi clinique qui nous apprend que ceux qui sont généralement le siège primitif du néoplasme sont rarement atteints par une tumeur ayant pris naissance dans un autre organe. Quand on examine, à l'autopsie, les viscères de malades morts à la suite de tumeurs des voies digestives, on rencontre souvent le pancréas pris en même temps que le foie et les ganglions mésentériques voisins. Quel est dans ce cas l'organe qui a été le premier atteint ? La plupart des auteurs qui se sont occupés du pancréas, tendent à admettre que le cancer de cet organe est généralement secondaire. Cependant l'examen attentif des observations qu'ils rapportent, nous permet de voir que dans un assez grand nombre de cas, la tumeur reste limitée au pancréas ou ne s'étend que fort peu aux organes voisins. Nous sommes donc tentés de la regarder comme le plus souvent primitive, et les cas qu'il nous a été permis d'observer confirment cette opinion.

Le pancréas peut être le siège, non seulement de tumeurs de nature cancéreuse, mais encore d'une véritable sclérose due à la prolifération du tissu conjonctif qu'il contient. On y rencontre de véritables cirrhoses affectant des types particuliers, comme dans le foie, et se terminant presque toujours par l'atro-

phie de l'organe. Il est parfois très difficile de séparer ces cirrhoses des néoplasmes, du moins au point de vue clinique, car les symptômes qui les accompagnent paraissent ne présenter aucune différence ou du moins n'ont pas encore été suffisamment étudiés. Anatomiquement même, l'examen histologique est seul capable de trancher la difficulté et nous ne serions pas surpris que dans beaucoup d'autopsies où il n'a pas été fait, une confusion n'en soit résultée. Ces cirrhoses paraissent être, dans certains cas, sous la dépendance d'un état général mauvais, aussi se rencontrent-elles principalement chez les sujets atteints de diabète ou de tuberculose.

Nous avons observé un certain nombre de cas où le pancréas était altéré, et notre but est de chercher, en les comparant à ceux qui ont déjà été publiés, s'il est possible d'établir une symptomatologie spéciale des affections de cet organe. Et même, pénétrant plus avant dans la question, nous tâcherons de séparer cliniquement les symptômes des tumeurs dont il est le siège, de ceux qui accompagnent la sclérose.

D'autre part, au point de vue anatomique, nous étudierons, dans un chapitre spécial, le mode de développement du cancer du pancréas et l'histologie pathologique de sa dégénérescence fibreuse.

Avant d'entrer en matière, que M. le professeur Raymond Tripier, à qui nous devons le sujet de cette thèse, veuille bien accepter ici l'expression de notre reconnaissance, pour l'obligeance avec laquelle il nous a communiqué les observations qu'il avait en

maines et les préparations histologiques s'y rapportant faites dans son laboratoire. Nous sommes fiers, à juste titre, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Que notre ami, le docteur Lemoine, dont les conseils et les connaissances histologiques nous ont été d'un si grand secours, reçoive également l'assurance de notre profonde gratitude.

N'oublions pas non plus notre ami Georges Benoit, qui a traduit pour nous de nombreuses observations anglaises avec une complaisance dont nous lui savons gré.

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DU
CANCER DU PANCRÉAS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les affections du pancréas ont été jusqu'ici assez peu étudiées; les traités de pathologie les passent presque toujours sous silence, et ce n'est que dans quelques monographies, trop peu nombreuses, qu'on peut trouver quelques renseignements à leur sujet. L'exposé de ces différents travaux sera forcément très court et ne nous apprendra que fort peu de choses sur l'état de la question. En général, l'étude des maladies de chaque organe subit l'influence des idées théoriques de l'époque où elle a été faite. Si les faits observés restent les mêmes, la façon de les envisager diffère parfois beaucoup. Ici, il n'en est pas de même, la pathologie du pancréas ayant constamment été laissée de côté, les théories médicales

ne lui ont été que fort peu appliquées, et si l'on rencontre encore des observations où il est parlé d'altération du pancréas, elles ne sont que bien rarement suivies d'une discussion qui pourrait faciliter leur interprétation. La classification qui a été faite pour les maladies du foie, par exemple, n'a jamais été faite pour celles du pancréas et l'on ignore encore presque entièrement leur étiologie et leur évolution.

Le cancer du pancréas a été tour à tour nié par certains auteurs et réputé comme très fréquent par d'autres. Roux, puis Baillie ont été jusqu'à nier entièrement que cet organe pût être le siège, non seulement de cancer, mais encore de tout autre maladie. Plus récemment, Tanchon, Marc d'Espine et Lebert n'admettent pas davantage la localisation du cancer sur cet organe et Lebert dit même n'en avoir trouvé aucun exemple dans ses autopsies.

Willigk l'a rencontré 29 fois sur 467 autopsies de cancéreux et Forster, 6 fois sur 639 autopsies de tout genre. Ancelet, qui a fait sur cette question le travail le plus complet qui existe, en a réuni 200 cas ; dans 88, la lésion occupait toute l'étendue de l'organe, dans 33 autres, la tête seule. Friedreich n'hésite pas à dire que, parmi les lésions du pancréas qu'il a rencontrées, le cancer est celle qu'il a observée le plus souvent.

Pour ce qui est du cancer primitif de cet organe, il a été signalé par Franck, Mondière, Ancelet, etc. Ce dernier auteur cite 18 cas où il était limité au pancréas et en rapporte un grand nombre d'autres où ce dernier avait été le siège primitif de la tumeur.

Des travaux plus récents sur cette question ont étudié le cancer du pancréas, soit au point de vue de sa localisation et de ses symptômes, soit au point de vue de ses rapports avec les diathèses. D'après Bonnamy (1), le cancer est noté comme primitif 6 fois sur 17 observations ; dans ces 6 cas, il est resté 2 fois limité à la glande et s'est propagé aux organes voisins les 4 autres fois. Salles (2) arrive à des conclusions à peu près identiques. Pour lui, ce cancer est relativement fréquent et, quand il est primitif, il s'étend le plus souvent aux organes voisins. Il n'a pas de symptômes qui lui soient propres, cependant la marche de la maladie et quelques signes particuliers peuvent quelquefois permettre d'en faire le diagnostic.

Madres (3), au contraire, croit que le cancer du pancréas est rarement primitif, mais le plus souvent secondaire à un autre cancer abdominal (foie, estomac, intestin). Il ne se prononce pas au sujet des rapports qui peuvent exister entre le diabète maigre et les tumeurs pancréatiques, l'association de ces deux affections pouvant être une simple coïncidence.

Nous laissons de côté, dans ce paragraphe, les opinions émises sur la nature des cancers qui ont été observés. C'est une étude que nous ferons plus loin et en détail au chapitre de l'anatomie pathologique, contentons-nous maintenant de dire que c'est le squirrhe qui a été le plus souvent constaté. Le cancer encéphaloïde, le cancer colloïde et le cancer mé-

(1) Bonnamy. Thèse de Paris. 1879.

(2) Salles. Thèse de Paris. 1880.

(3) Thèse de Paris, 1883.

lanique ont été quelquefois rencontrés, ce dernier surtout à l'état de tumeur secondaire.

En résumé, après avoir été tour à tour nié, puis ensuite exagéré dans son importance, le cancer du pancréas est aujourd'hui admis par tout le monde, mais toutefois comme une affection assez rare. D'après les auteurs que nous venons de citer, il serait plus souvent secondaire que primitif, et sa généralisation se ferait très rapidement. Son diagnostic serait très difficile et le fait clinique le plus saillant qu'il présente, serait la rapidité de son évolution.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons ici sont les unes inédites et les autres tirées des travaux précédents sur le cancer du pancréas. Le nombre de ces dernières étant assez considérable, nous ne citerons parmi elles que celles qui ont présenté à l'autopsie une tumeur primitive.

Nous ferons suivre ces cas de cancer d'observations ayant trait à l'atrophie du pancréas. Quelques-unes ont été suivies de l'examen histologique, mais pour ne pas scinder l'étude de l'anatomie pathologique, nous le laisserons de côté ici, pour le rapporter plus loin.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Raymond Tripier)

J. C..., 32 ans, tisseur, entré le 6 novembre 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, n° 46 ; mort le 30 novembre.

Pas d'antécédents héréditaires. Cet homme a toujours été bien portant et ne souffre que depuis quatre mois environ. A cette époque, il commença à ressentir des troubles gastriques, caractérisés par une digestion très lente et un ballonnement du ventre considérable après chaque repas. L'appétit était nul et la soif constante, la bouche toujours sèche. Au moment du passage des aliments, il éprouvait comme une sensation de sable dans la gorge. Il avait souvent des éructations, mais jamais de vomissements, ni alimentaires, ni bilieux. Pas d'hématémèse. Un mois après le début de ces symptômes, l'ictère se manifesta et persista depuis.

Au moment de son entrée, le malade présente l'état suivant : son ictère est très prononcé et, quand il regarde au soleil, il a de la xanthopsie. Les troubles gastriques persistent sans vomissements ; le ventre est ballonné, mais n'offre pas d'ascite. La région épigastrique est légèrement douloureuse à la pression, mais le point douloureux n'est pas nettement limité. Le foie ne paraît pas augmenté de volume et s'étend jusqu'au bord inférieur des fausses côtes sans les dépasser. Lorsqu'on déprime brusquement son bord inférieur on provoque une douleur assez vive, mais on ne sent aucune tumeur. Pas d'œdème des membres inférieurs. La miction est très-fréquente et l'urine foncée en couleur. Les selles sont décolorées.

Au cœur, on trouve un bruit de souffle systolique très doux, situé à la pointe, à peu de distance du sternum ; il ne se propage pas et ne masque pas les bruits du cœur. Rien aux poumons.

14 novembre. — Les douleurs ressenties par le malade, au niveau de l'épigastre sont devenues plus vives ; son affaiblissement augmente et l'ictère persiste. Sous les fausses côtes droites, on sent une boule de la grosseur d'une petite noix qui est très mobile et paraît indépendante de la paroi. Elle n'est pas perceptible quand le ventre est tendu, le malade se tenant debout.

15. — Le malade a vomi une prise de magnésie et de

rhubarbe qu'on lui avait donnée. Ses vomissements contenaient du sang.

Depuis lors le malade va en s'affaiblissant de plus en plus, les troubles gastriques augmentent : aussi, songe-t-on à la possibilité d'un néoplasme de l'estomac, malgré l'âge du malade et la marche rapide de son affection. La mort arrive le 30 novembre.

Autopsie. — Au premier abord, il semble qu'il existe une tumeur au niveau du pylore, mais en ouvrant l'estomac, on voit que cet organe ne présente aucune lésion : ses deux orifices notamment, sont tout à fait sains. Il n'existe pas non plus de lésions sur les autres parties de l'intestin et en particulier au niveau de l'ampoule de Vater. La tumeur, que l'on était tout d'abord disposé à rattacher au pylore, se montre au niveau de la tête du pancréas. On ouvre d'abord le canal cholédoque et on le trouve partout perméable, mais rétréci et déprimé à sa partie supérieure, où il adhère sur une grande étendue aux parties indurées. Les canaux hépatique et cystique sont libres et très dilatés, surtout le second. La vésicule biliaire est triplée de volume, ses parois sont épaissies et fortement tendues. C'est elle que l'on sentait à travers les parois abdominales et qui donnait la sensation d'une tumeur en raison même de sa tension. A ce niveau il existe aussi des adhérences avec les anses intestinales voisines et le grand épiploon. Le foie n'est pas augmenté de volume, les canaux biliaires sont dilatés et toute la substance hépatique offre une teinte verdâtre et un certain degré de flaccidité.

La tête du pancréas étant incisée, on voit qu'elle est transformée en une substance jaunâtre, dure, sclérosée, qui ne permet pas de reconnaître à ce niveau la substance glandulaire. Le reste du pancréas est normal. Le canal de Wirsung est considérablement dilaté au delà de la tumeur, et il acquiert même une largeur qui permet d'y introduire l'index. Il n'est pas uniformément dilaté, et présente plutôt un aspect moniliforme. Il se termine brusquement dans la portion indurée, et

on ne trouve pas son aboutissant ni dans le canal cholédoque ni dans l'intestin. Les ganglions voisins ne paraissent pas altérés. La veine porte et les vaisseaux avoisinant sont englobés par la tumeur et présentent un certain degré de rétrécissement.

Rien de particulier pour les reins, la rate, non plus que pour les organes contenus dans la cavité thoracique.

L'examen microscopique fait voir que cette tumeur du pancréas est un carcinome.

OBSERVATION II

Recueillie par M. Laurent, interne des hôpitaux. (Service de M. Faivre.)

G... Marie, 70 ans, concierge, entrée le 3 mai 1884 à l'Hôtel-Dieu, 2^e salle des femmes, n° 6, décédée le 18 mai.

Pas d'antécédents héréditaires, excellente santé habituelle, pas de strumes dans l'enfance, la variole à l'âge de 13 ans. Ni rhumatisme, ni syphilis. N'a jamais éprouvé de douleur dans la région hépatique; jamais d'ictère antérieur. Fut renversée par un cheval il y a trois mois environ; quelques contusions qui disparurent en deux ou trois jours. Quinze jours après cet accident, on fit remarquer à la malade que sa figure avait changé de couleur; bientôt elle constata elle-même qu'elle avait les yeux et la peau jaunes. Cette coloration augmenta encore les jours suivants.

Actuellement, teinte verdâtre des téguments, des conjonctives et de la muqueuse bucco-pharyngienne. Décoloration des matières fécales. Les urines fortement colorées renferment une grande quantité de pigment biliaire, décelé par l'acide azotique. Amaigrissement très prononcé, dont la malade fait remonter l'origine à l'époque de son accident. Pas de démangeaisons. Pas de xanthelasma. Amertume très prononcée au fond de la gorge. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal. Pas de frémissement à la pal-

pation. Souffle systolique, doux, plus prononcé au niveau et en dehors du mamelon que vers l'appendice xyphoïde. Pouls faible, irrégulier : sur cinq pulsations, les deux dernières se rapprochent et se suivent rapidement, de sorte qu'il semble qu'il en manque une. Athérome de la radiale. Le foie dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Le bord inférieur est lisse, tranchant, on ne sent pas d'inégalités. Au-dessous de ce bord, au niveau des dernières fausses côtes, on sent une petite tumeur ovoïde, lisse, du volume d'un œuf de poule, qui paraît être la vésicule. A ce niveau, douleur très vive à la pression. M. Perret, suppléant M. Faivre, s'arrête au diagnostic d'oblitération de la vésicule par la lithiasé biliaire.

9 Mai. — En déprimant fortement la paroi abdominale au niveau de l'épigastre, on arrive sur une saillie dure, résistante, bosselée, que l'on délimite facilement et qui occupe à peu près la place de la petite courbure. La pression est douloureuse à ce niveau. La malade a eu quelques vomissements alimentaires depuis son entrée à l'hôpital. En face de ces nouveaux signes, M Faivre rejette l'idée de calcul et songe à la compression du canal cholédoque par un néoplasme, soit de l'estomac, soit du duodénum, soit du pancréas.

16 Mai. — Emaciation extrême. Vomissements bilieux. Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression.

18 Mai. — Mort dans le collapsus.

Autopsie. — Dilatation considérable de l'estomac. Rien au pylore. Cancer de la tête du pancréas comprimant le canal cholédoque. Vésicule considérablement dilatée. Le foie présente un petit noyau cancéreux dans son lobe gauche. Rien de particulier dans les autres organes.

L'examen histologique pratiqué ultérieurement fit reconnaître que la tumeur de la tête du pancréas était un carcinome sur la description duquel nous reviendrons plus loin.

OBSERVATION III

(Résumée,

(D^r Meigs. *The medical and Surgical report, 1861*)

Une femme de 49 ans entrain, le 21 septembre dernier, à Pennsylvania-Hospital. Cuisinière de son état, cette femme avait toujours eu une santé excellente. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital, elle était affectée d'un ictère très intense, d'une coloration vert-olive. Vomissements fréquents, douleurs dans le dos, sensibilité épigastrique. Abdomen légèrement distendu, surtout dans son tiers inférieur. Pas d'augmentation du volume du foie. L'urine est chargée de la matière colorante de la bile. Les selles sont décolorées, leur couleur est plus pâle encore que celle de l'argile. Constipation opiniâtre. Bruit de souffle intense dans la région épigastrique sur le trajet de l'aorte. Répugnance invincible pour les aliments. Dans les derniers jours de la vie, assoupissement et délire. M. Meigs attribue ces symptômes à l'occlusion complète du conduit cholédoque.

Autopsie. — Infiltration du foie par la bile; dilatation considérable des canaux biliaires et du canal cholédoque. Le tissu hépatique est sain ainsi que le duodénum. Le pancréas présente à l'œil nu et au microscope les lésions caractéristiques du cancer squirrheux. (*The medical and Surgical Report, 2 novembre 1861.*)

En tant qu'exemple d'une affection rare, cette observation est déjà fort intéressante; mais, en outre, elle apporte avec elle un véritable enseignement en nous montrant que les deux signes prétendus caracté-

ristiques des affections organiques du pancréas peuvent faire défaut. Nous voulons parler des selles huileuses (Bright, Rostock) et de la salivation continuelle (Bahn, Harless). L'absence de manifestations cancéreuses dans les autres organes mérite encore d'être notée.

OBSERVATION IV

(D^r Boucaud. --- *Gazette hebdomadaire*, 1865)

Antoine F., charpentier, âgé de 56 ans, entra, le 19 septembre, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, n^o 13. Il a quitté son travail, il y a trois mois, alors qu'il se sentit faible et qu'il rejeta ses aliments, bien que les vomissements ne fussent ni quotidiens ni réguliers.

A cette époque donc, le malade s'alita, s'aperçut d'une petite tumeur dans le flanc droit, et fut pris de jaunisse. Les vomissements persistèrent tantôt bilieux, tantôt composés d'aliments; les selles assez régulières devinrent dures et très foncées; le malade n'avait aucun mauvais goût à la bouche et conservait un peu d'appétit.

Tous ces phénomènes s'aggravent et sont très accusés à l'entrée du malade dans mon service. Un simple coup d'œil complète l'observation. L'amaigrissement est excessif, les traits de la face, qui est cependant calme, accusent cette faiblesse profonde et le trouble de la nutrition. L'ictère, très foncé, avait coloré l'urine, mais sans produire ni albuminurie ni hématurie. Les hémorrhagies spontanées des maladies hépatiques faisaient défaut. Le foie, incolore, nous parut avoir conservé ses dimensions normales, au moins du côté du thorax, du côté de l'abdomen, une difficulté se présente.

Une tumeur dure, bosselée, peu douloureuse au toucher,

du volume d'une grosse pomme, occupait l'hypochondre droit. Cette tumeur était mate; sa matité parut au premier examen se continuer avec celle du foie. Était-ce un squirrhe ou un kyste de la face inférieure du foie? Cette opinion fut discutée mais rejetée par moi pour les raisons suivantes; je pensais cette tumeur distincte du foie, parce que je pus percevoir une fois, entre les côtes droites et la tumeur, une ligne sonore sur laquelle la main qui pressait rencontra une petite crépitation due à un déplacement de gaz et de liquides. Ces phénomènes qui étaient sujets à disparaître indiquaient une cause intestinale située entre le foie et la tumeur examinée. Bien que la sensation obtenue dans cette épreuve se rapprochât du frémissement hydatique, on rejeta l'opinion d'un kyste du foie, et l'on pensa que la tumeur, qui avait amené ce dépérissement, était un squirrhe situé au voisinage des vaisseaux biliaires mais indépendant du foie. La palpation de la tumeur, exercée dans le but de rechercher son origine, c'est-à-dire sa base ou son point de départ, me permit de reconnaître que la tumeur s'était développée d'arrière en avant, et non pas de haut en bas. C'était donc une tumeur qui descendait de l'hypochondre droit. Enfin le dernier caractère fourni par la palpation vint corroborer les autres notions un peu minutieuses de cet examen. La main, embrassant cette tumeur et pressant latéralement de droite à gauche, parvint à déplacer la tumeur avec les parois du ventre, à la refouler d'un pouce ou deux vers la ligne médiane. La tumeur reprenait du reste sa place aussitôt la pression cessée. Cette expérience, répétée plusieurs jours, acheva notre conviction quant au siège de la tumeur en dehors du foie.

La tumeur occupait donc un organe mobile. Était-ce l'estomac? Le malade n'avait ni constipation, ni hématemèse, ni méléna; le squirrhe n'occupait pas le tube digestif, mais un organe mobile flottant et siégeait au voisinage des vaisseaux biliaires. Notre diagnostic adopta donc comme acquis à l'examen clinique: une tumeur squirrheuse indépendante du foie et du tube digestif, mais comprimant les voies biliai-

res. En conséquence on inscrivit sur la feuille squirrhe de l'épiploon.

Le malade succomba le 15 octobre. A l'autopsie la tumeur, grosse comme une tête de fœtus, occupe la tête du pancréas. Elle se continue avec le corps de cet organe, et l'altération de structure s'arrête au niveau du col du pancréas. Le corps de cet organe qui est sain, a conservé ses rapports. La partie antérieure, formant la tumeur est assez mobile. Du reste celle-ci est entourée par les trois portions du duodénum et l'origine de cet intestin est interposée entre la tumeur et le foie. Cet organe est sain et n'a aucune connexion avec la tumeur. Les voies biliaires sont distendues par la bile et une teinte verdâtre avait pénétré par imbibition tous les viscères voisins au moment de l'autopsie.

L'estomac et ses orifices étaient sains. Les viscères libres n'étaient fixés par aucune adhérence au péritoine.

La coupe de la tumeur était lardacée, et son tissu criait sous le scalpel.

Cette tumeur qui englobait les canaux cholédoque et pancréatique n'était le siège ni d'une ulcération, ni d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie.

Nota. — Notre malade n'a eu à se plaindre ni de ptyalisme, ni de sialorrhée, ni de selles aqueuses abondantes, tous symptômes observés dans certaines affections pancréatiques.

A la suite des observations que nous venons de rapporter et qui ont toutes trait à des cancers nettement localisés au pancréas, nous allons citer un certain nombre de cas dans lesquels le néoplasme, développé primitivement dans cet organe, a envahi les parties voisines par propagation simple ou s'est généralisé à distance. Si nous établissons cette distinction entre ces deux ordres de faits, c'est que nous tenons à faire remarquer que les tumeurs qui occu-

pent généralement le pancréas ont une tendance très faible à l'extension. Cela peut tenir soit à leur nature particulière qui, ainsi que nous le verrons plus loin les rapproche le plus souvent du squirrhe, soit à la rapidité de leur évolution qui entraîne la mort avant qu'elles aient eu le temps d'envahir les organes voisins. Même dans les cas qui vont suivre, et où la généralisation existe, il sera facile de voir que, tandis que le pancréas est presque entièrement détruit, les organes où la tumeur s'est développée secondairement ne présentent que de petits noyaux de dégénérescence.

OBSERVATION V

(D^r Madre. Thèse de Paris, 1883)

L. L., 70 ans, cordonnier, entre, le 9 avril 1881, dans le service du D^r Bucquoy, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, lit n° 6,

Le malade avant l'âge de 60 ans, n'a jamais eu de maladie grave. A 65 ans, il a été frappé d'une attaque de paralysie du bras droit, sans perte de connaissance et sans aphasie proprement dite. Au bout de six mois, le malade s'est remis complètement et a pu reprendre son travail.

Mais il y a un an, il a perdu sa femme : depuis cette époque il a toujours été triste et pleure pour le moindre motif.

La maladie actuelle remonte à un mois environ, et depuis il a perdu l'appétit, il a des aigreurs, il vomit fréquemment, il a maigri beaucoup et rapidement.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le 9 avril 1881, le malade présente un état cachectique très prononcé, une teinte

jaune-paille uniforme qui serait survenue, d'après lui, depuis une dizaine de jours seulement. Rien dans les poumons. Rien au cœur. Il est impossible, par la palpation, de sentir une tumeur quelconque dans la cavité abdominale; on provoque simplement par la pression un peu de douleur à l'épigastre. L'estomac n'est pas dilaté. Le foie ne paraît pas augmenté de volume, son bord tranchant est nettement perceptible. De temps en temps, vomissements, mais les matières vomies ne présentent rien de caractéristique, ce sont simplement des vomissements de matières alimentaires ne renfermant pas de matières grassieuses; ces vomissements surviennent surtout quand le malade a bu du vin. Constipation. Pas d'albumine dans les urines, pas de bile, pas de sucre.

18 avril. — La teinte jaune de la peau s'est peu à peu accentuée; elle est maintenant franchement ictérique. Les vomissements deviennent plus fréquents; ils ne sont jamais noirs; ils sont bilieux ou alimentaires. La cachexie s'accroît. Rien dans les urines, rien de particulier dans les selles qui sont décolorées, mais ne contiennent ni sang, ni matières d'apparence graisseuse.

21. — Urines présentant la coloration et la réaction caractéristique des urines ictériques.

23. — Depuis hier, le malade a presque complètement perdu la notion de ce qui l'entoure; il ne voit plus et répond à peine aux questions qu'on lui pose.

26. — Il tombe dans un demi-coma, puis dans un coma absolu. Il succombe le 2 mai au matin.

Le diagnostic avait été : cancer probable de l'estomac comprimant les voies biliaires.

Autopsie. — Les artères périphériques, l'aorte, les coronaires, sont atteintes de dégénérescence athéromateuse, le cœur gauche participe également à la lésion : ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'état de la veine splénique qui est également athéromateuse et dont le volume égale celui d'une artère fémorale. Les reins sont petits, atrophiés, et présen-

tent les caractères des reins séniles. Le foie n'est pas augmenté de volume; il renferme quelques petits noyaux secondaires disséminés sur la face convexe dans le lobe droit; il est assez dur et résistant à la coupe, de coloration verdâtre. Ectasie considérable des voies biliaires; la vésicule est également dilatée; elle est remplie d'un liquide noirâtre et ne contient ni pus, ni calculs. Le pancréas est transformé en une masse assez volumineuse, de coloration blanchâtre, dure à la coupe et présentant les caractères du cancer squirrheux; oblitération complète du canal cholédoque dont l'occlusion donne lieu à une rétention biliaire absolue. Il n'y a pas d'autre cancer viscéral que celui du pancréas et les noyaux isolés de dégénérescence secondaire du foie.

OBSERVATION VI

(Résumée)

(Richard Pott, *Deutsche Zeitschrift für praktische medicin*, n° 16)

Malade âgé de 45 ans, soigné auparavant pour un catarrhe chronique de l'estomac. Douleur vive, qui a son siège à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le malade éprouve un soulagement lorsqu'il prend une position assise ou penche le corps en avant. Désordre dans les organes digestifs. Langue toujours chargée; pas d'appétit; éructations acides; pas de vomissements. La soif n'est pas augmentée. Alternatives de constipation ou de diarrhée. Les fèces sont décolorées et argileuses. A différentes reprises on vit nager, sur le contenu liquide du vase, des gouttelettes graisseuses de différentes dimensions en assez grande quantité. Cette circonstance s'explique par cela même que le patient absorbait de temps en temps, sous forme de potions ou de lavements, d'assez notables quantité d'huile de ricin. L'examen, au point de vue de l'albumine et du sucre, est resté sans résultat. Amaigrissement rapide.

20 mars. — Le malade présente une teinte assez jaune prononcée; les sclérotiques ont également une teinte jaunâtre. Langue très chargée. Par le palper, on constate que le foie n'est pas hypertrophié dans la région épigastrique; en palpant profondément, on sent des nodosités. Entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, on trouve un point très douloureux.

On diagnostiqua un carcinome, et comme on pouvait exclure le cancer du foie, de l'estomac et du rectum, on pouvait croire à un carcinome des ganglions mésentériques.

La maladie évolue lentement, la maigreur augmente, l'ictère subsiste; léger œdème malléolaire. Le malade meurt le 26 mai 1865.

Autopsie. — Dégénérescence cancéreuse de tout le pancréas; noyaux dans l'épiploon et contre la paroi postérieure de l'estomac, noyaux diffus dans le mésentère.

L'estomac est vide, les parois en sont épaissies. Vers la partie moyenne de la grande courbure on trouve une tumeur épaisse de un centimètre et demi.

Foie peu augmenté de volume, adhérent par places, dur, congestionné. La vésicule biliaire contient un peu de bile fluide.

Le pancréas placé au milieu des ganglions de l'épiploon a gardé sa forme extérieure, il est un peu hypertrophié et plus dur qu'à l'état normal. Au milieu de la tumeur on trouve le canal de Wirsung comprimé; il ressemble à une corde tressée, pleine, et débouche à l'endroit habituel dans le canal cholédoque.

N. B. — L'examen microscopique permettant de voir au milieu d'une puissante masse tressée en cordes des alvéoles ronds et ovales dont la paroi est tapissée par un épithélium cylindrique, l'auteur allemand est porté à croire que la lésion a débuté par le canal de Wirsung qui est revêtu d'épithélium cylindrique.

Le diagnostic n'a pas été posé d'une façon rigoureuse pendant la vie du malade; les selles graisseu-

ses pouvaient seules faire penser à une lésion du pancréas, mais nous verrons plus loin que ce symptôme n'est pas pathognomonique. Les urines ne contenaient pas de sucre. L'ictère, l'amaigrissement et la cachexie permettaient plutôt de penser à un cancer du foie. Les tumeurs que l'on constata vers la fin de la maladie contribuèrent beaucoup à établir le diagnostic du cancer, sans permettre d'en préciser le siège.

Le carcinome du pancréas a été ici évidemment primitif et ne s'est propagé que très tard aux ganglions et à l'estomac.

Richard Pott a expliqué la présence de selles graisseuses par l'administration de potions d'huile de ricin. Salles réfute cette explication en disant qu'il lui paraît inadmissible que de l'huile de ricin, donnée de temps en temps, pût provoquer les selles graisseuses pendant plusieurs jours. Cette réfutation est certainement logique et il était facile à l'auteur allemand de prouver la véracité de son dire, en faisant prendre au malade un purgatif autre que l'huile de ricin.

OBSERVATION VII

(Résumée)

(Dr Adolf Strümpfell de Léipzig) (1)

Le malade de Strümpfell a 25 ans. Il entre à l'hôpital le 8 avril 1878 et meurt le 26. Le début de son affection n'avait eu lieu qu'un mois environ avant son entrée et avait été ca-

(1) Ad. Strümpfell, *Deutsche Arch. klinische medicin.* XXII.

ractérisé par des troubles gastriques, du ballonnement de l'abdomen et des douleurs rénales. Au moment de son entrée, on constate une augmentation notable du volume de l'abdomen. La percussion donne dans les parties latérales et déclives une matité absolue qui se déplace avec la position du malade. Le foie n'est pas hypertrophié. On ne trouve aucune tumeur nulle part. L'abdomen est le siège de douleurs vives et spontanées.

Trois jours après son entrée, le malade est pris de vomissements qui consistent en un liquide brun foncé, contenant un peu de sang. Les vomissements continuent les jours suivants et coïncident avec de la constipation.

Le 24 avril, la faiblesse du malade a augmenté. Le gonflement du ventre a fait de tels progrès qu'il gêne la respiration. En déprimant les parois abdominales on obtient, sous le rebord des fausses côtes, la sensation d'une tumeur située profondément.

Les vomissements deviennent complètement noirs, la faiblesse est extrême et le malade meurt le 26 avril, avec du délire.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve le péritoine parsemé de petits noyaux cancéreux. Le foie en présente de semblables. Bon nombre de ganglions mésentériques ont atteint le volume d'une noisette. Dans l'estomac on trouve de petites hémorragies disséminées. Le pancréas est considérablement augmenté de volume, et à l'exception de la tête, qui est adhérente au duodénum, il est transformé en une tumeur dure dont la section présente une coloration laiteuse.

Le diagnostic anatomo-pathologique fut établi de la manière suivante : cancer primitif du pancréas, généralisé secondairement au foie, à l'épiploon et aux ganglions mésentériques.

L'examen histologique fit reconnaître un cancer à cellules cylindriques riche en tissu conjonctif.

Le diagnostic qui avait été posé pendant la vie était celui de tuberculose du péritoine et les symptômes locaux du côté de l'abdomen plaident en sa faveur. Les vomissements de sang qui survinrent plus tard firent penser à un cancer primitif de l'estomac propagé au péritoine.

Ce cas est remarquable par l'âge du malade (25 ans) et la durée extrêmement courte de la maladie.

Il est permis de se demander si le cancer a réellement évolué en un mois et demi ou bien s'il a eu un début latent. Cette dernière hypothèse semble la plus probable, cependant on est forcé de remarquer que, chez tous les malades atteints de cancer du pancréas, le temps qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes et la mort est toujours très court.

OBSERVATION VIII

(Dr Lable, *Bulletins de la Société anatomique*, 1865)

S....., né à Ajaccio, âgé de 75 ans, d'une constitution assez chétive, d'un tempérament lymphatique, entré le 8 janvier 1865, à l'infirmerie de l'hospice. Cet homme s'est toujours assez bien porté, il n'a, parmi ses antécédents pathologiques, que peu de choses à signaler : ce ne sont que des indispositions légères. Son père et sa mère sont morts dans un âge avancé.

Vers le 11 décembre 1864, il fut pris de douleurs violentes dans l'abdomen ; ces douleurs, concentrées au niveau

de l'épigastre, s'irradiaient dans toute la cavité abdominale. Il eut quelques vomissements bilieux, ces symptômes disparurent vite ; il quitta l'infirmérie le 29 décembre. A la suite de contrariétés assez vives, il perdit l'appétit, ses douleurs abdominales reparurent ; il entra de nouveau à l'infirmérie le 3 janvier 1865.

A son entrée, on constate un amaigrissement assez notable, de l'embarras gastrique avec nausées. Apyrexie complète. Les douleurs abdominales sont vives, profondes, continues. La pression à l'épigastre n'est pas douloureuse. En limitant le foie par une percussion assez forte, on ne détermine pas de douleurs non plus. La glande a, du reste, un volume normal. Teinte subictérique des conjonctives. Un purgatif salin est administré.

Les jours suivants, les douleurs abdominales sont aussi vives ; on constate le développement d'un ictère des mieux caractérisés. Le diagnostic est ainsi posé : oblitération du canal cholédoque par suite de la présence d'un calcul biliaire. On fait prendre au malade de l'eau de Vichy et des capsules d'éther et de térébenthine.

Le pouls est lent, régulier. Les urines sont très colorées (rouge brun).

Au commencement de février, les douleurs s'amendent un peu ; de temps en temps, le malade a quelques petits élancements dans l'abdomen ; généralement il est calme, assez gai. Les selles sont régulières, blanchâtres ; la coloration ictérique est de plus en plus foncée. Le traitement est suspendu.

Nous n'avons rien à signaler de spécial pendant le mois de février.

L'amaigrissement fait des progrès lents ; la faiblesse est plus marquée. Vers le 5 mars, l'appétit se perd. Cependant S.... ne souffre pas. On lui donne des toniques, des préparations amères ; il ne peut recouvrer l'appétit. A la fin du mois de mars, la faiblesse devient telle que cet homme ne peut plus se lever. En même temps, de l'œdème se montre aux jambes et aux pieds ; la langue se sèche, elle devient noi-

râtre et fendillée, toux légère. Pas de coliques, constipation. Le pouls est régulier, peu fréquent : 70 à 80.

Cet état dure jusqu'au 20 avril.

La faiblesse est extrême, l'émaciation très grande, la langue est fort sèche, noire et fendillée, la main droite est œdématisée, le pouls est calme, pas de chaleur à la peau. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. L'acide nitrique y détermine un précipité vert abondant. Les jours suivants, les forces du malade déclinent de plus en plus, la voix s'éteint, la face se grippe, le pouls devient faible, il est régulier et peu fréquent, somnolence. Le 24 avril, il ne peut plus rien prendre ; il vomit les boissons qu'on veut lui faire avaler ; le pouls est très faible, somnolence.

Le 25 avril, nouveaux vomissements de matières alimentaires ; somnolence continuelle. Le malade s'éteint le 26 avril.

Autopsie. — Elle est pratiquée vingt-six heures après la mort.

Dans le thorax, nous trouvons des lésions anciennes consistant en des adhérences du poumon gauche à la plèvre pariétale. Rétrécissement mitral léger. Dans l'abdomen, léger épanchement ascitique, un demi-litre environ. Le foie a son volume normal. Nous constatons la présence de 15 à 20 noyaux d'encéphaloïde, dont le plus gros atteint les dimensions d'un petit marron. Ces noyaux sont disséminés sur toute la surface de l'organe. Le foie est relié au diaphragme par des adhérences fibreuses multiples anciennes. La tête du pancréas est assez volumineuse (petit citron). Elle adhère très intimement à la deuxième portion du duodénum. La surface interne de la deuxième portion du duodénum est détruite, la tumeur a comblé la perte de substance. On ne retrouve plus que quelques débris de muqueuse. A la coupe, le pancréas présente un aspect lardacé ; il est fortement coloré en jaune par la bile qui a infiltré tous les tissus. Le canal de Wirsung est très dilaté (volume du petit doigt).

Ce canal contient dans son intérieur un liquide rougeâtre

semblable à de la lie de vin. La consistance est semi-fluide.

Le canal cholédoque longe la portion supérieure de la tumeur, son calibre est énorme; il admet facilement l'index dans son intérieur; au niveau de son embouchure il est entouré par la tumeur pancréatique. C'est alors que l'on voit la diminution du calibre. Le pertuis qui représente l'embouchure du canal est de la grosseur d'une forte tête d'épingle.

La vésicule biliaire est aussi énormément dilatée et remplie d'une grande quantité de bile d'une couleur analogue à du cirage et de même apparence.

La veine-porte est aussi un peu comprimée. Il n'y a pas de caillot dans son intérieur.

L'examen microscopique a été fait par M. Ranvier, qui a trouvé les caractères d'un encéphaloïde à marche rapide. Les noyaux du foie sont aussi manifestement cancéreux.

Cette observation ainsi que la précédente (Strümpf), est intéressante à étudier parce que dans toutes les deux, les malades ont présenté des douleurs abdominales très vives. Il est évident qu'un tel symptôme peut faire penser tout d'abord à une péritonite tuberculeuse. Hâtons-nous de dire toutefois que nous n'avons rencontré ce signe particulier que dans les cancers du pancréas qui s'étaient généralisés aux ganglions mésentériques; aussi croyons-nous qu'il est beaucoup plus en rapport avec la dégénérescence de ces ganglions qu'avec celle du pancréas. Ces ganglions sont, en effet, dans le voisinage intime des rameaux des plexus nerveux de l'intestin et il n'y a rien d'étonnant à ce que leur augmentation de volume détermine leur compression et amène ainsi des douleurs très vives.

OBSERVATION IX

(Dr Bruen. *Boston medical and Surgical journal*, 1882).

Pas de maladie héréditaire dans la famille. La maladie commença en septembre 1881, la mort survint le 18 janvier 1882. Tout d'abord, les symptômes intéressèrent le tube digestif, sensation de pesanteur après le repas avec des renvois acides et parfois des vomissements. Par la suite, douleurs aiguës semblables à des crampes. Une semaine après, commença une démangeaison générale; deux semaines plus tard, la peau devint jaune. Cette couleur jaune et cette démangeaison ne disparurent jamais pendant la maladie.

Dans le milieu de décembre 1881, la matité du foie s'étendit du quatrième espace intercostal jusqu'à trois pouces au-dessous des côtes dans la ligne mamelonnaire et de l'appendice xiphoïde jusqu'à un pouce de l'ombilic. La région hépatique était sensible à la pression, surtout au niveau de l'épigastre. Le malade à ce moment se plaignait d'une vive douleur au foie et de fortes coliques. On comptait alors 76 pulsations à la minute. Le malade avait perdu 4 livres depuis son entrée à l'hôpital et il maigrissait de plus en plus. A cette époque, on nota une légère inégalité de la surface du foie, à un peu plus de trois pouces de l'ombilic. La rate était hypertrophiée.

Le 7 janvier, on put distinguer la lobulation du foie : la vésicule biliaire agrandie, rendue irrégulière par des calculs biliaires, présenta alors l'aspect d'une tumeur élastique, douloureuse, située à droite de l'épigastre et de l'ombilic.

Le 12 janvier le pouls s'accéléra, 130 pulsations à la minute. Le malade s'affaiblit rapidement et mourut le 15 janvier,

Autopsie. — Le pancréas avait doublé de volume. La tumeur occupait principalement sa tête et comprenait le ca-

nal biliaire. A l'examen microscopique on reconnut que c'était un carcinome squirrheux. On trouve dans le foie quelques noyaux carcinomateux. La vésicule biliaire a un volume triple de son volume normal et contient un grand nombre de calculs biliaires.

Dans l'observation ci-dessus, la tête du pancréas était, comme d'ordinaire, le siège de la maladie. Dans un mémoire portant sur 39 cas de carcinome primitif du pancréas (Saint-Bartholomew's Hospital, 1884) l'ictère est toujours noté; tandis que sur 34 cas de carcinome secondaire, il n'est noté que sept fois. Ceci tient probablement à ce que la tumeur, quand elle est secondaire, envahit toute autre partie de l'organe que la tête.

Murchison dit que les symptômes caractéristiques du carcinome du pancréas sont la douleur dans la région du pancréas, une tumeur appréciable et un ictère persistant. A ces symptômes, le docteur Bruen voudrait ajouter une dyspepsie intestinale, laquelle diffère en quelques points essentiels d'une dyspepsie provenant d'une affection organique de l'estomac.

Lorsque le cancer du pancréas se généralise, soit dans le foie, soit dans le péritoine, soit dans les ganglions voisins, les tumeurs secondaires qui sont ainsi formées peuvent déterminer des phénomènes de compression très-variables et qui viennent obscurcir le diagnostic déjà si difficile. C'est ainsi que la compression des gros vaisseaux a pu, dans certains cas, faire songer à un anévrisme et, dans d'autres,

en produisant de la stase veineuse, amener de la phlegmatia alba dolens. Toutes les tumeurs qui siègent au voisinage des gros troncs veineux et artériels peuvent, dans certaines circonstances, déterminer de tels symptômes. Les tumeurs du pancréas, par suite de leur situation profonde, sont plus que les autres, capables d'entraîner des troubles de la circulation. Les trois observations que nous allons rapporter ci-dessous vont venir confirmer ce fait et montrer deux exemples dans lesquels un cancer du pancréas a été confondu avec un anévrisme de l'aorte et un troisième dans lequel le symptôme principal avait été une phlébite des membres inférieurs.

OBSERVATION X

(Dr Battersby. *Archives générales de médecine*, 1884.)

Madame M..., âgée de près de 60 ans, remarquable par son embonpoint, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a deux ans, elle commença à éprouver des douleurs très vives dans le dos, qui s'étendaient aux épaules et aux bras, et qu'on regarda comme rhumatismales. Au bout d'une année, on découvrit à l'épigastre une tumeur profondément située, pulsante, du volume et de la forme d'une orange, offrant un mouvement d'expansion régulier, synchrone avec le pouls, et un bruit de soufflet très marqué. On diagnostiqua un anévrisme de l'aorte. Après un mois ou deux, la tumeur s'affaissa, et les pulsations cessèrent. De nouveaux symptômes se manifestèrent; il y eut du malaise dans tout l'abdo-

men, des garde-robes rares et excessivement douloureuses.

Quand le Dr Battersby vit la malade, le 3 septembre, elle était fort amaigrie; le teint était plombé et terne, et les conjonctives légèrement jaunâtres; il y avait une douleur ou un sentiment de malaise constant dans le bas-ventre; l'abdomen était saillant et donnait un son tympanique, surtout dans la région du cœcum; à l'épigastre on sentait une tumeur dure, profonde, et non mobile, à surface aplatie et à bords circonscrits inférieurement, s'étendant en travers entre les cartilages des côtes. On n'y constatait point de pulsation, mais un bruit de soufflet en auscultant au niveau du trajet de l'aorte. Il y avait à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, une douleur augmentée par la pression sur la tumeur qui semblait indépendante de l'estomac et du foie. On n'obtenait de garde-robes qu'à l'aide de lavements et de purgatifs, et le passage des fèces était si difficile et si pénible qu'il arrachait des cris perçants à la malade. Les selles étaient généralement aqueuses ou glaireuses et manquaient de bile. Dans son lit ou levée, la malade était toujours courbée en avant; l'anxiété, l'agitation et l'insomnie étaient presque continuelles. L'appétit, bon jusqu'alors, était complètement perdu; l'alimentation était exclusivement liquide; une quinzaine de jours auparavant il y avait eu de la dysphagie pendant une semaine et, durant ce temps, la malade fut nourrie par des lavements de bouillon, dans l'impossibilité où elle était d'avaler des aliments, même liquides. Cette dysphagie céda à l'application d'un emplâtre d'opium. Il n'y avait jamais eu de vomissements, mais parfois rejet de quelques gorgées d'un liquide amer. La bouche semblait toujours pleine de salive; la langue était pâle et nette. Pouls à 170, intermittent, de force variable. Il y avait de plus un œdème considérable des jambes et des cuisses.

La mort eut lieu le 30 octobre, sans qu'il y eût eu grand changement dans les symptômes, si ce n'est que l'hydropisie augmenta et que les douleurs de ventre n'étaient vives que dans la défécation. Les opiacés et les laxatifs doux furent

les seuls remèdes qui procuraient du soulagement. Le ptyalisme et les éructations persistèrent toujours.

Autopsie. — La cavité abdominale contenait environ une pinte de sérosité jaunâtre. Le rectum était vide, le reste du gros intestin, très resserré, contenait un mucus épais, visqueux, blanchâtre; la membrane muqueuse était un peu injectée et saine d'ailleurs. L'S du colon était, à une distance de 3 ou 4 pouces de la symphise sacro-iliaque, beaucoup plus rétrécie, avec épaissement et induration de la couche celluleuse et musculuse. Dans ce point, le mésentère était induré, épaissi et contenait dans ses replis de petites nodosités jaunâtres, dures, de matière adipeuse. Des altérations analogues existaient jusqu'au colon transverse : le rein gauche était plus petit que le droit, sa substance corticale était atrophiée et les bassinets injectés.

L'épiploon gastro-hépatique était très dur, très épais, surtout au niveau de l'hiatus de Winslow ; il en était de même du tissu cellulaire qui entourait l'orifice cardiaque de l'estomac, à travers lequel on pouvait introduire le petit doigt. L'estomac, revenu sur lui-même, n'offrait aucune altération, si ce n'est dans la portion qui est unie à l'extrémité du pancréas. Cette glande était partout dure, augmentée de volume et l'on ne pouvait y reconnaître le tissu normal. Près de son centre et à son bord inférieur, existait un kyste mince, transparent, du volume d'une noisette, un peu saillant et placé immédiatement sur l'aorte. Sa base était entourée par un tissu cartilagineux et squirrheux. Le reste de la glande était moins induré, mais cependant lourd et comme constitué par des liens membraneux étroitement entrelacés. Le canal pancréatique était libre seulement dans l'étendue d'un pouce à partir du duodénum. Les conduits cholédoque et hépatique n'étaient interrompus dans aucun point de leur trajet. La portion transverse du duodénum adhérait intimement au pancréas malade, mais elle était rétrécie au point de se laisser à peine pénétrer par le doigt indicateur. Les vaisseaux et les nerfs

mésentériques étaient aussi enveloppés dans la masse squirrheuse. L'aorte était malade dans toute sa portion abdominale : il y avait des plaques osseuses et athéromateuses sous sa membrane interne qui était érodée en quelques points. Le foie était petit, d'une couleur noire-grise, d'un tissu dense. La vésicule biliaire contenait une petite quantité de bile légèrement jaunâtre et ses membranes étaient très épaissies. Les organes thoraciques étaient sains, à part quelques adhérences pleurétiques. Le cœur était petit et ferme.

OBSERVATION XI

(Résumée)

(Charlton Bastian, *Médical Times*, 1883)

Charlton Bastian rapporte un cas de cancer du pancréas chez une femme âgée de 64 ans; le cancer avait donné des nodules secondaires dans l'estomac, le foie, les reins et la peau. L'autopsie permit d'examiner les productions. On trouva qu'il présentait la structure d'un cancer squirrheux. Le Dr Bastian remarque que le cancer du pancréas est une maladie très obscure; le symptôme prédominant est, dans ce cas, une douleur continuelle avec des exacerbations de temps à autre, ce qui amena à diagnostiquer un anévrisme de l'aorte. Ce fait s'explique par la situation même de la tumeur qui, commençant à envelopper l'aorte près du tronc cœliaque, donnait l'impression d'une légère dilatation du vaisseau et amenait la production d'un bruit systolique distinct.

OBSERVATION XII

(Résumée)

(Dr Cane. — *British medical journal*, 1883)

Le Dr Cane, dans le *British medical journal*, février 1883, rapporte le cas d'un clergyman, âgé de 59 ans, qui le con-

sulta pour des symptômes de dyspepsie. Ce clergyman lui dit que ses amis avaient remarqué qu'il paraissait ne pas bien se porter depuis quelque temps. Peu de jours après il se plaignit de douleurs dans le mollet droit; il eut une légère enflure de la jambe et de la douleur le long de la partie interne de la jambe et de la cheville. Deux ou trois jours après, l'autre jambe fut atteinte aussi et l'on trouva que la saphène était obturée. On examina attentivement le malade pour déterminer la cause de la *phlegmatia alba dolens*. On soupçonna un cancer, mais son existence ne put être démontrée. Trois mois plus tard le malade perdit la voix; il pouvait encore écrire, mais non correctement. Peu de jours après on constata une paralysie graduelle du bras droit et du côté droit de la face. Six mois plus tard on découvrit une tumeur; alors l'émaciation était très marquée. Le malade s'affaiblit rapidement et mourut avec toute sa connaissance, mais absolument incapable de faire un effort intellectuel. A l'autopsie on trouva qu'une grande masse irrégulière avait remplacé le pancréas. Un grand nombre de productions cancéreuses, réunies en une seule entouraient l'aorte et la veine cave. Ce cas, dit le Dr Cane, est une confirmation remarquable des théories de Trousseau sur la *phlegmatia alba dolens*. Trousseau dit, en effet, dans une de ses cliniques que souvent la présence d'un *phlegmatia alba dolens* aide puissamment à diagnostiquer un cancer des viscères situés profondément, alors qu'il n'y a pas de tumeur appréciable,

Le pancréas peut être, comme le foie et le rein, le siège d'une véritable sclérose interstielle, qui amène rapidement la compression, puis la disparition plus ou moins complète des parties glandulaires. Il est extrêmement difficile de séparer, au point de vue clinique, cette transformation conjonctive de la dégénérescence cancéreuse. En effet, les symptômes qui

accompagnent ces deux genres d'affection paraissent être absolument les mêmes et nous ne croyons pas qu'il soit possible actuellement de les diagnostiquer l'une de l'autre. Il est probable que, même à l'autopsie, certaines scléroses du pancréas ont été prises pour des squirrhes. L'examen histologique peut seul trancher la difficulté, et malheureusement, il n'a pas toujours été pratiqué dans ces cas. Les auteurs allemands citent des observations de malades ayant présenté une atrophie complète du pancréas : Munk en rapporte une de diabète sucré où cette glande n'était plus représentée que par un petit noyau fibreux au sein duquel le microscope révéla la présence de quelques points glandulaires non altérés.

Fles (*Archiv für holl. Beit. III*) a noté un cas absolument semblable. Chez les vieillards, l'atrophie du pancréas ne paraît pas être rare, car à l'autopsie on trouve cette glande plus petite qu'à l'état normal, dure et jaunâtre (Lobstin). La même chose se voit chez les personnes atteintes d'une affection diathésique diminuant la nutrition (phtisiques, cancéreux, diabétiques).

Cette atrophie scléreuse du pancréas n'a encore, à notre connaissance, été étudiée que dans quelques observations isolées; personne n'a recherché quels étaient son étiologie et son mode de développement. Nous n'avons pas la prétention de faire ici un semblable travail, nous voulons simplement rapporter une observation de sclérose du pancréas prise à l'autopsie pour un cancer et dont la nature véritable ne fut démontrée que par l'examen histologique.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par M. le professeur Raymond Tripier)

G... F., 70 ans, charcutier, entré le 5 avril 1884, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, n° 17; mort le 14 avril de la même année.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Son père est mort subitement à 58 ans, sa mère à 70 ans. Il a eu trois frères ou sœurs qui sont encore vivants. A vingt ans il eût une bronchite qui l'obligea de rester au lit pendant sept mois; mais, depuis cette époque, il n'eût aucune autre maladie. Ce n'est que depuis le mois de décembre 1883 qu'il s'est aperçu de l'affection qu'il présente actuellement. Le début en fut tout à fait brusque; il eût lieu à la suite d'une indigestion. Le malade se mit à vomir pendant deux jours les matières qu'il avait ingérées et, quelques jours après, il avait un léger ictère; l'appétit était encore conservé. Depuis il eût, à huit ou dix reprises différentes, des vomissements, les uns alimentaires, les autres bilieux ou glaireux, survenant le matin ou dans la soirée. Il aurait même vomé du sang et en aurait eu dans ses selles deux jours de suite. Il eut également une diarrhée qui dura huit jours.

Actuellement, le malade présente des troubles gastriques consistant en de l'inappétence et des digestions un peu lentes. Il a la bouche empâtée, mais n'accuse aucune sensation de sable dans la gorge. Il présente un ictère qui est devenu très accusé depuis quelques jours et qui est surtout prononcé sur le corps; à la face, la teinte est plutôt bistrée, les conjonctives seules sont jaunes. Le ventre est ballonné sans ascite. Le foie est volumineux et dépasse d'un travers de main le rebord des fausses côtes. Son bord est net, tranchant, et l'échancrure interlobaire est facilement perceptible. On sent, sur le lobe gauche, une bosselure qui est douloureuse à la

pression. La présence de ce lobe dans la région épigastrique empêche de voir si l'estomac est dilaté.

Rien d'anormal au cœur. Aux poumons, on trouve aux deux bases de la matité et des râles qui indiquent l'existence d'une pneumonie datant de quelques jours.

Les jours suivants, la faiblesse augmente et les râles s'étendent dans les deux poumons. Le 13 avril, le malade présente une dyspnée assez forte et du hoquet, et succombe le lendemain matin.

Autopsie — Le grand épiploon et l'intestin ne présentent rien de particulier. Le foie, dont le volume est plus considérable qu'à l'état normal, pèse 2,200 grammes, on ne voit sur sa coupe ni traces de cirrhose, ni noyaux cancéreux. La vésicule biliaire est volumineuse, le canal hépatique, les canaux cystique et choledoque sont très dilatés et remplis d'une bile verdâtre.

Au niveau de la tête du pancréas, il existe une masse indurée, du volume d'une grosse noix, qui amène une coarctation du canal choledoque et du canal pancréatique à un travers de doigt environ au-dessus de l'ampoule de Water; la sonde cannelée ne peut traverser ce point rétréci. Les canaux pancréatiques sont très dilatés en arrière de ce point.

L'estomac et l'intestin grêle ne sont le siège d'aucun néoplasme; les ganglions mésentériques ne sont pas augmentés de volume. La rate est grosse et très friable. Les reins sont normaux.

Le poumon droit présente une hépatisation qui l'occupe tout entier, moins l'extrême sommet et la base, et qui est déjà arrivée à l'état d'hépatisation grise. A gauche, il existe un point d'hépatisation également très vaste, occupant le lobe supérieur.

Cœur normal.

La tête du pancréas offrait l'apparence d'une tumeur gris jaunâtre, très dure, criant à la coupe

comme le ferait un squirrhe. Le reste de l'organe était légèrement diminué de volume, mais sans présenter aucune dureté. La partie dure fut examinée au microscope et l'on reconnut que l'on avait affaire non pas à une tumeur ainsi qu'on l'avait pensé tout d'abord, mais à une véritable cirrhose. Chaque lobe de la glande était entouré par un cercle très épais de tissu conjonctif envoyant des prolongements dans l'intérieur. Les éléments glandulaires étaient ainsi comprimés et sur certains points entièrement disparus et remplacés par des cellules jeunes indiquant une inflammation chronique. Nous reviendrons plus loin sur l'étude histologique de ce cas et nous nous contenterons ici de faire remarquer que cette cirrhose présentait les plus grands rapports avec la cirrhose intestielle du foie. — Cliniquement, les symptômes observés étaient ceux d'un néoplasme agissant par compression sur le canal choledoque, sans qu'il soit du reste possible de dire s'il siégeait sur l'estomac ou sur le pancréas. Ils étaient surtout les mêmes que ceux que nous avons déjà rencontrés dans les cas de cancer primitif et localisé du pancréas. La marche de la maladie a été aussi rapide et son développement aussi obscur. Comme le cancer, la cirrhose a amené une cachexie très accentuée, des troubles gastriques et de l'ictère. On a même reconnu, en palpant les parois abdominales, une petite saillie dure siégeant au-dessous de l'estomac et qu'il était certainement plus logique de rapporter à un néoplasme qu'à une dégénérescence fibreuse.

A côté de cette observation, nous allons en citer

une de Dejerine qui offre avec elle les plus grands rapports. Il s'agit, en effet, d'une sclérose du pancréas ayant amené par compression une rétention de la bile. Dans les deux cas, cette rétention paraît avoir été la cause de la mort, et les symptômes du côté du foie ont seuls attiré l'attention, tandis que ceux qui appartenaient au pancréas passaient inaperçus.

OBSERVATION XIV

(Dr Dejerine. *Bulletins de la Société anatomique*, 1876).

X..., 67 ans, est entré le 6 janvier 1876 à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur Hardy.)

C'est un homme d'apparence encore vigoureuse, s'étant toujours bien porté. Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'alcoolisme. Environ six semaines avant son entrée à l'hôpital, il a eu une rétention d'urine qui disparut assez rapidement, et, une quinzaine de jours après, il s'aperçut que sa peau prenait une teinte jaune. Depuis lors, cet ictère ne l'a pas quitté; il était accompagné de démangeaisons insupportables empêchant le sommeil. Il y a une semaine environ, il eut un eczéma des bourses pour lequel il entra à la salle Saint-Louis. L'ictère est très marqué, toute la surface cutanée a pris une teinte jaunâtre très prononcée; l'urine, traitée par l'acide nitrique, contient une grande quantité de matière colorante biliaire.

L'examen du malade ne dénote rien de particulier du côté des viscères, si ce n'est une augmentation assez marquée du volume du foie, qui descend de trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes et de l'appendice xiphoïde et qui est indolente à la pression. Ralentissement du pouls.

Jusqu'au 11 février, l'état du malade reste le même, il faut

noter cependant un peu d'amaigrissement ; le 11, au matin, l'examen de l'urine fait voir un léger dépôt rougeâtre que l'examen microscopique montre être constitué par des globules sanguins. Le 13 février, il se déclare une hématurie très forte et le malade tombe dans le coma vers le soir.

Mort après trente-six heures de cet état comateux.

Autopsie. — Rien à noter du côté de la boîte crânienne ou des méninges. Les artères de la base sont très athéromateuses. L'encéphale est parfaitement sain. Le cœur, de volume ordinaire, est recouvert de graisse, le tissu de l'organe a une couleur feuille morte. Les sigmoïdes aortiques sont épaissies, l'aorte est dilatée et scléreuse.

Le foie est considérablement augmenté de volume : à la coupe le parenchyme est verdâtre, le tissu hépatique est infiltré de bile et les canaux biliaires extrêmement dilatés. Sur la face convexe, épaississement de son enveloppe.

L'appareil biliaire présente des particularités intéressantes ; il est très dilaté dans toute son étendue, la vésicule, le canal hépatique, le canal cystique et le canal cholédoque sont très augmentés de volume, ce dernier atteint le calibre du doigt. Cette dilatation du canal cholédoque existe dans toute sa longueur, sauf au moment où il s'engage dans la tête du pancréas, à ce niveau le canal est comme étranglé et en introduisant un stylet dans l'ampoule de Water on ne peut pénétrer dans le canal cholédoque qui paraît oblitéré à ce niveau. Le pancréas est sclérosé dans toute son étendue, il est de petit volume, très dur et crie sous le scalpel. La rate est normale. L'estomac est sain. Les reins sont volumineux et très congestionnés. Dans la portion pyramidale il y a des extravasations sanguines nombreuses, les bassinets et les calices sont remplis par des caillots noirâtres qui se prolongent dans les urétéres.

Examen microscopique du foie et du pancréas. — Les cellules hépatiques sont réduites de volume, granuleuses et remplies de matière biliaire. Les canaux biliaires périlobulaires sont extrêmement dilatés, pas de lésions du tissu conjonctif

périlobulaire. Rien à noter du côté des vaisseaux. Les coupes pratiquées sur le pancréas montrent que l'on a faire à une véritable sclérose de cet organe avec étouffement des acini par compression.

L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans le mécanisme d'après lequel s'est produit cet ictère par rétention, qui a amené la mort avec les phénomènes de l'ictère grave. Chez ce malade qui n'avait jamais eu antérieurement de symptômes hépatiques, et qui était atteint d'ictère à marche chronique, on trouve à l'autopsie une oblitération du canal cholédoque, à l'endroit où il pénètre dans la tête du pancréas qui est dans un état scléreux très avancé. Cette sclérose nous paraît avoir été la cause de la compression et de l'oblitération du canal cholédoque et avoir produit ainsi un ictère persistant.

Les deux observations qui précèdent démontrent, sans aucun doute, l'existence d'une sclérose du pancréas amenant la mort très rapidement, soit par suite des troubles digestifs qu'elle entraîne, soit par suite de l'obstacle qu'elle apporte au cours de la bile. Nous ne serions pas surpris, si certains faits, observés antérieurement et dans lesquels on avait conclu à un cancer du pancréas, n'étaient en réalité que des scléroses de cet organe. Mondière (1) cite deux observations qui paraissent devoir être interprétées dans ce sens. Toutes les deux ont trait à des jeunes gens qui, après une courte maladie caractérisée par

(1) Mondière. *Archives de médecine*, 1836.

des symptômes gastriques graves, moururent dans le marasme. L'autopsie ne montra d'altérations dans aucun des organes abdominaux, sauf dans le pancréas qui était volumineux, mais dur et comme squirrheux. On conclut à un cancer de cet organe, mais actuellement il nous est permis, en présence de ce que nous savons sur la sclérose du pancréas, de supposer que c'est peut-être à elle que l'on avait affaire. En effet, ces malades sont morts sans présenter ni ictère ni aucun autre symptôme d'origine hépatique, mais seulement le dépérissement occasionné par la suppression des fonctions du pancréas.

Dans certains cas de diabète on a observé des altérations du pancréas et on a essayé de rattacher ces deux faits l'un à l'autre en établissant entre eux un lien de cause à effet. Lancereaux, en 1878, publia plusieurs observations qui concluaient dans ce sens et, un an plus tard, dans la thèse de Lapierre, il reprenait cette question et faisait de l'atrophie du pancréas la cause du diabète maigre. On a opposé aux observations de Lancereaux un nombre considérable de cas dans lesquels le diabète existait sans atrophie de cet organe, et on n'a voulu voir là qu'une simple lésion concomitante. L'étude de cette question sort complètement du sujet de notre travail et nous ne voulons conclure ni dans un sens ni dans l'autre. Cependant ayant eu l'occasion d'observer un diabétique présentant à l'autopsie une atrophie du pancréas, nous croyons utile de la publier et de la rapprocher de l'observation de Lapierre où un cancer de la tête du pancréas coïncidait avec un diabète sucré.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. le Dr Bard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — Salle St-Pothin, n° 50.)

B... L., 36 ans, tisseur, entré le 29 mai 1883, mort le 14 novembre 1883.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent rien de particulier. Sa mère est morte âgée et rhumatisante et une de ses sœurs est morte à 20 ans avec de l'ascite.

Sa santé a été bonne pendant son enfance, la seule maladie qu'il ait eu est la rougeole. Mais depuis la campagne de 1870, il fut sujet à des bronchites fréquentes qui amenèrent des accès d'oppression survenant surtout la nuit. Il dut pour cette cause rester pendant un an à l'hôpital en 1878, et, pendant ce séjour, il eut un peu d'ictère et de l'anasarque. A cette époque, il était encore gras et bien musclé, mais il faisait déjà des excès alcooliques qu'il a continués depuis.

Le jour de son entrée, il présente l'état suivant : il est très amaigri et faible ; il se plaint de tousser et d'éprouver souvent de l'oppression quand il fait un effort ou marche rapidement. Son expectoration est muco-purulente. Depuis cinq ou six mois, il est très altéré et urine beaucoup plus que d'habitude. Il lui est arrivé quelquefois de voir apparaître, à la fin de la miction, quelques gouttes de sang accompagnées d'une légère cuisson. La quantité de ses urines, mesurée quand il entre dans le service, est de 7 litres 500 gr. par jour et celle du sucre est de 54 gr. par litre. En même temps que la soif, l'appétit est augmenté, il a faim constamment. Il ne présente aucune éruption, ni sur la peau, ni sur les muqueuses ; mais au mois de janvier, il eut une éruption généralisée, abondante surtout sur la poitrine et le dos, très

prurigineuse, la nuit principalement. Maintenant encore, il en reste des macules pigmentées.

Pas de troubles de la vue, pas de céphalalgie.

Aux poumons, on trouve des signes d'emphysème : sonorité exagérée, respiration prolongée et sifflante. Rien au cœur. Le foie est petit et ne paraît guère mesurer plus de trois travers de doigt de hauteur.

Pendant les premiers mois de son séjour à l'hôpital, l'état du malade varia très peu : la quantité de l'urine resta stationnaire entre 6 et 8 litres par jour et celle du sucre entre 55 et 70 grammes par litre. La quantité de l'urée était d'environ 20 à 25 gr. par jour.

Au mois d'octobre apparurent des complications pulmonaires graves ; le malade eut de la toux, de la fièvre, une expectoration purulente. La température se maintint jusqu'à la mort entre 39° et 40°. Le sommet gauche du poumon présentait des craquements humides, surtout en arrière. L'amaigrissement devint extrême et la mort arriva le 14 novembre 1883.

A l'autopsie, on trouva des cavernes dans les deux poumons, surtout à gauche ; le foie et les reins étaient normaux, ainsi que les autres organes. Le pancréas seul est très petit, dur et comme sclérosé ; cette atrophie existe sur tout l'organe et occupe aussi bien la tête que le reste du corps.

L'examen histologique fut fait et montra une transformation fibreuse de presque toute la glande. Les lobules qui restaient sains étaient comme perdus au milieu du tissu conjonctif.

L'observation de Lapierre (1), dont nous avons parlé plus haut, a trait à un cancer de la tête du pancréas coïncidant également avec un diabète sucré. Le malade présenta peu de troubles gastriques, mais un ictère très prononcé qui fit penser à une com-

(1) Lapierre, Thèse de Paris, 1879.

pression du canal cholédoque par un carcinome du pancréas. La sensation d'une tumeur très fixe et très globuleuse venait à l'appui de ce diagnostic. Quant au diabète, il n'était pas à mettre en doute, le malade urinant près de 5 litres par jour et chaque litre contenant plusieurs grammes de sucre. L'autopsie fit voir que la tête du pancréas était le siège d'un carcinome encéphaloïde, qui était resté limité à cet organe. Si nous citons ici le résumé de cette observation, c'est parce que la présence du sucre dans les urines a peut-être été liée à l'existence du cancer. C'est du moins ce qu'admet Lapierre; mais cependant ce symptôme est trop rare pour qu'on puisse s'appuyer sur lui pour faire un diagnostic.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE DU CANCER DE PANCRÉAS. — ÉTIOLOGIE
MARCHE. — SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC

Les symptômes des affections du pancréas sont très obscurs, car ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, la situation profonde de cette glande et surtout ses rapports intimes avec les organes qui l'entourent ne permettent pas de séparer ceux qui lui sont propres de ceux qui sont dus à des altérations de voisinage. C'est qu'en effet la plupart de ces symptômes sont le plus souvent dus à la compression, soit du foie, soit du duodénum, soit des gros vaisseaux, et ne dépendent ainsi du pancréas que d'une façon tout à fait indirecte. La tumeur cancéreuse, comprimant l'ampoule de Water, peut donner lieu à de l'ictère et même à de la lithiase biliaire ; si elle siège à la partie postérieure du pancréas, la compression portant sur l'aorte peut simuler un anévrisme. Dans d'autres cas on observe de la stase veineuse et par suite de

l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Des troubles gastriques résultant de la présence de la tumeur au voisinage du duodenum ou de la face inférieure de l'estomac, ou peut-être même d'une action spéciale exercée par elle sur la composition du suc intestinal, se rencontrent dans tous les cas de cancer du pancréas et ne servent qu'à égarer le diagnostic.

Les symptômes diffèrent sensiblement, selon que le cancer reste limité au pancréas ou se propage aux organes de la cavité abdominale. A ce propos, il n'est pas inutile de rappeler que cette affection nous paraît devoir être primitive et qu'elle ne se propage que dans des cas assez rares. Les raisons qui nous font penser ainsi, sont tirées de la lecture de nombreuses autopsies faites chez des malades atteints de cancer du pancréas. Nous voyons que chez tous, ou bien la glande seule est atteinte, ou bien si le foie ou l'intestin ou les ganglions sont envahis, ils ne le sont que dans des limites très restreintes. On ne voit jamais de tumeurs secondaires volumineuses dans aucun de ces organes et l'on peut dire que la tumeur pancréatique se propage presque toujours par continuité et ne se généralise presque jamais à distance. Ces notions sont loin d'avoir toujours été admises et l'existence du cancer primitif a été vivement discutée. Lebert dans son traité des maladies cancéreuses, dit à ce propos : « Nous n'avons que peu de choses à dire sur le cancer du pancréas comme affection primitive, il n'en existe qu'un petit nombre d'exemples dans la science, et nous n'en avons pour notre part jamais rencontrés. »

Depuis, l'existence du cancer primitif a été démontrée, mais cependant, nous lisons encore dans la thèse de Madres (Paris, 1883), qu'il est le plus souvent secondaire à un autre cancer abdominal. Dans les autopsies que nous avons faites, et dans le relevé de celles que nous avons pu lire, nous avons toujours vu le pancréas détruit par la tumeur, tandis que les viscères voisins restaient indemnes ou étaient à peine touchés. Réciproquement, le pancréas est rarement le siège de noyaux cancéreux dus à la généralisation d'un cancer voisin. Il est en effet de règle que tout organe qui est le siège habituel d'un cancer primitif soit respecté par les cancers secondaires ; ce n'est que dans le cas de cancer mélanique généralisé partout que le pancréas est atteint secondairement.

Les causes du cancer du pancréas sont aussi obscures pour cet organe que pour les autres. On ne peut guère citer que des causes banales, telles que l'âge, l'hérédité. Cependant, il paraîtrait que la mauvaise alimentation et l'alcoolisme joueraient un rôle important dans cette étiologie. En tout cas, c'est à l'alcoolisme que nous croyons pouvoir rapporter l'origine des cirrhoses du pancréas qui ont été observées.

L'âge auquel s'observe cette affection est très variable. Mondierre l'a rencontrée chez des jeunes gens de 20 à 25 ans ; on en cite même un cas chez un enfant nouveau-né ; d'autre part, des hommes faits et des vieillards sont également atteints. Par conséquent, contrairement à ce qu'on observe pour les cancers des autres régions, cette maladie n'est pas l'apanage de la vieillesse.

Les premiers symptômes d'un cancer du pancréas surviennent, dans le plus grand nombre des cas, avec une soudaineté remarquable. Ainsi l'avons-nous observé à la suite d'une indigestion due à une cause fortuite. Le malade ressent des coliques vives dans la région épigastrique, vomit et présente tous les signes d'un embarras gastrique aigu. Deux ou trois jours après survient un ictère dont la marche est régulièrement croissante, ictère qui ne cesse qu'à la mort. De la diarrhée, de l'anorexie, des hémorrhagies diverses ne tardent pas à amener une cachexie de plus en plus profonde, et le malade meurt dans le marasme, au bout d'un temps toujours très court. Telle est la marche de la maladie ; nous allons étudier maintenant les différents symptômes qu'elle présente. Ils peuvent se rapporter, au point de vue pathogénique, à trois causes : 1° LES PHÉNOMÈNES DÉPENDANT DE LA TUMEUR ET DE LA COMPRESSION QU'ELLE EXERCE ; 2° LES TROUBLES DE LA DIGESTION PANCRÉATIQUE ; 3° LA CACHEXIE CANCÉREUSE. C'est à cette classification, indiquée par M. Arnozan (*Diction. encyclopédique*), que nous nous arrêtons.

1° PHÉNOMÈNES DÉPENDANT DE LA TUMEUR ET DE LA COMPRESSION QU'ELLE EXERCE

La douleur que ressentent les malades atteints de cancer du pancréas n'a de bien particulier que son siège. C'est presque toujours à l'épigastre qu'elle se fait sentir. Moins souvent, elle a son maximum au niveau du lobe gauche du foie, et plus rarement en-

core dans l'hypocondre droit. C'est une douleur profonde, térébrante, qui est augmentée par la pression et qui présente des exacerbations fréquentes. Ses rémissions sont de courte durée et sa tenacité est telle qu'elle empêche souvent le sommeil. Elle ne reste pas toujours localisée au même point et s'irradie dans les deux hypocondres et la fosse iliaque gauche. Franck a observé presque toujours un point douloureux dorsal au niveau des premières vertèbres lombaires. L'origine de ces douleurs est difficile à expliquer ; on peut les attribuer à une névralgie du plexus solaire irrité par la tumeur. Les adhérences du pancréas avec les parties voisines et la péritonite locale qui en résulte peuvent expliquer les douleurs à distance et faire penser, dans quelques cas, à une péritonite généralisée (Observations de Lable et de Strümpfell).

La présence d'une tumeur dans la région épigastrique est certainement un signe de grande valeur au point de vue du diagnostic du cancer, mais n'est pas d'un grand secours quand il s'agit de préciser l'organe atteint.

La région épigastrique est en effet occupée par des organes importants tous intimement en rapport les uns avec les autres et qui peuvent être également le siège d'une tumeur. Comme le cancer du pancréas occupe le plus souvent l'extrémité droite de la glande, le siège de prédilection de la tumeur est théoriquement situé entre le foie et l'ombilic. Quand elle existe à ce niveau, on ne peut guère l'attribuer qu'au pancréas ou au foie ; elle se détache assez facilement

de ce dernier et quand on peut constater entre elle et lui une zone de sonorité due à la présence d'une anse intestinale, on a un indice précieux pour le diagnostic (Bonnamy). Si la tumeur occupe un point situé un peu à gauche de l'épigastre, il est facile de la confondre avec un néoplasme de l'estomac ou de l'épiploon, et cette erreur ne peut guère être évitée. Du reste, l'estomac, le foie, l'épiploon pouvant être atteints secondairement, la tumeur qui se développe sur eux peut alors masquer la tumeur pancréatique. Il est également possible de prendre la vésicule biliaire, dilatée et remplie de calculs, pour une masse cancéreuse, d'autant plus que sa mobilité sur le foie permet de penser à une affection du pancréas ou de l'épiploon.

Les symptômes de compression observés dans le cancer du pancréas et dus à la présence de la tumeur sont très variables. Le plus fréquent est sans contredit l'ictère, ce qui s'explique par les rapports intimes de la tête du pancréas avec le canal cholédoque. C'est même un symptôme habituel de cette maladie et les cas où il fait défaut sont très rares. Cet ictère présente des signes particuliers qui permettent de le distinguer de l'ictère dû à une affection organique du foie. Il apparaît brusquement avec les premiers troubles digestifs qui marquent le début de la maladie ; et une fois qu'il s'est établi, il augmente constamment d'intensité sans jamais présenter aucune rémission. Il s'accompagne de tous les symptômes qui caractérisent la rétention de la bile dans le sang : les selles sont décolorées, l'urine a une teinte et des

réactions particulières, les muqueuses sont jaunes et la peau est souvent le siège de démangeaisons. Secondairement de la cirrhose hépatique et de la lithiasé biliaire peuvent apparaître ; la distension de la vésicule biliaire est un résultat fréquent de la compression du canal cholédoque.

Tous les auteurs admettent que cette compression est la seule cause de l'ictère qui accompagne le cancer du pancréas. Nous ne voulons certainement pas nous élever contre cette affirmation, qui est du reste justifiée par un grand nombre d'autopsies, mais nous voulons faire remarquer incidemment qu'il arrive quelquefois que le canal cholédoque est trouvé perméable et même dilaté, alors que l'ictère s'était manifesté pendant la maladie. On ne peut donc pas le rapporter, dans ce cas, à une compression qui n'existait pas et l'on peut supposer qu'il était dû à un catarrhe des voies biliaires occasionné par la présence du néoplasme.

L'ascite s'observe rarement, et, quand elle existe, elle est toujours peu développée. Elle ne présente pas de caractères spéciaux si ce n'est qu'elle est, comme l'ictère, à marche progressive. Elle est due à la compression de la veine-porte, comme celle qui accompagne les cirrhoses hépatiques.

A côté de l'ascite nous devons ranger comme phénomène de compression important, les œdèmes qui envahissent parfois les membres inférieurs. Leur cause est la même et leur marche est toujours également progressive. Dans une des observations que nous avons rapportées, les membres inférieurs ont

été le siège d'une *phlegmatia alba dolens* qui était évidemment sous la dépendance de phénomènes compressifs. (Obs. du docteur Cane.)

2° TROUBLES DES FONCTIONS DIGESTIVES.

Nous avons déjà dit que, dès le début de la maladie, l'appétit se perdait et que des symptômes graves survenaient, soit du côté de l'estomac, soit du côté de l'intestin. M. Germain Sée, partant de ce fait physiologique que le pancréas possède une triple action digestive sur les féculès, les albumines et les graisses, pensa que lorsqu'il était altéré, on devait observer une dyspepsie spéciale, qu'il appela dyspepsie pancréatique. Evidemment, dans le cancer du pancréas, les fonctions digestives sont très troublées, on observe des vomissements alimentaires et bilieux, de la diarrhée, une digestion incomplète de certains aliments, mais ces phénomènes ne présentent ici rien de particulier et existent également dans toute autre affection du tube digestif. C'est tout au plus, par conséquent, s'il est permis de rapporter au pancréas seul certains symptômes spéciaux, tels que la présence de la graisse dans les vomissements et les selles, et la salivation abondante. Les rapports intimes qui existent entre le pancréas, le pyllore et le duodenum peuvent de leur côté, dans une certaine mesure, expliquer les troubles gastriques.

M. Moyse, élève de Claude Bernard (1), réunit

(1) Moyse, *Etude sur les fonctions et les maladies du pancréas* (thèse de Paris, 1852).

un certain nombre de faits qui tendaient à prouver que, lorsque le pancréas était détruit, les matières grasses se retrouvaient en nature dans les selles. Depuis, un certain nombre d'observations du même genre ont été publiées et l'on a voulu faire de ce symptôme un signe pathognomonique du cancer du pancréas. D'après Franck et Mondière, cette affection se traduirait par des vomissements graisseux, et des selles de même nature. Cette stéarrhée peut se présenter sous plusieurs aspects ; on voit tantôt une matière jaune ayant la consistance du beurre, tantôt une substance liquide ressemblant à du bouillon très gras et qui se fige à la surface du vase dans lequel on la recueille.

Les matières grasses qui constituent la stéarrhée sont celles que le malade a ingérées et dont la digestion n'a pas eu lieu. Il est donc permis d'attribuer leur présence dans les selles au défaut d'action d'un des liquides qui émulsionne les corps gras. La stéarrhée étant observée surtout dans les cas de cancer du pancréas, il paraît naturel au premier abord de la rapporter à l'absence du suc pancréatique ; mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Vulpian, la bile joue dans la digestion des matières grasses un rôle beaucoup plus considérable que lui, et il cite bon nombre de cas d'affections du pancréas dans lesquelles la présence de graisse dans les fèces n'a pas été observée. Si l'on remarque que le cours de la bile est toujours gêné quand il existe un néoplasme de la tête du pancréas, ainsi que le prouvent l'ictère et la décoloration des matières fécales, il est permis de penser

que si les matières grasses ne sont pas digérées, c'est surtout parce qu'elles ne subissent pas l'action de ce liquide.

La stéarrhée n'est pas commune, nous ne l'avons rencontrée chez aucun de nos malades et les observations dans lesquelles son existence a été constatée sont peu nombreuses. L'importance que l'on serait tenté d'attacher à ce symptôme est donc considérablement réduite et nous croyons avec Vulpian que c'est l'indice pur et simple d'un vice de digestion duodénale.

La diarrhée que l'on a notée comme symptôme des maladies du pancréas ne nous paraît pas être un signe constant ; on l'observe quelquefois, il est vrai, mais ce qui est beaucoup plus fréquent, ce sont des alternatives de diarrhée et de constipation. Le ballonnement du ventre est, au contraire, beaucoup plus fréquent, et nous l'avons observé chez tous nos malades pendant toute la durée de la maladie.

On attribuait autrefois une grande valeur à un flux salivaire exagéré, comme signe du cancer pancréatique. Quoi qu'il en soit, ce phénomène est très rare, nous ne l'avons trouvé dans aucune de nos observations.

Un signe qui pour nous a une plus grande valeur, c'est une sensation de sable que l'on ressent dans l'arrière-gorge et qui se montre en même temps qu'une soif vive. L'examen de la gorge ne montre cependant pas de sécheresse anormale, ni granulations du pharynx. On avait déjà indiqué la coïncidence de ces deux symptômes comme un signe de cancer du pan-

créas ; nous croyons devoir rappeler que nous l'avons observé deux fois.

3° CACHEXIE

La cachexie cancéreuse est ici très remarquable par son intensité et la rapidité de son développement. L'amaigrissement commence à se manifester dès le début et en quelques semaines le malade est réduit à l'état de squelette. Il est assez difficile de dire si les téguments prennent ici la teinte jaune paille caractéristique des cancéreux, car ils sont toujours le siège d'un ictère très prononcé.

La marche de la maladie est, nous l'avons déjà dit, extrêmement rapide. Mondierre a vu deux de ses malades mourir en moins d'un mois, tous les observateurs ont également noté cette évolution si différente de celle des autres cancers, et nous pensons qu'en fixant à quatre mois le maximum de la durée de la vie chez les malades atteints de cancer du pancréas, nous serons dans le vrai. Ceux qui ont été dans nos salles n'ont pas dépassé cette limite. La mort arrive par suite de la faiblesse extrême dans laquelle tombent les malades et n'est généralement précédée d'aucun symptôme aigu.

Diagnostic. — De l'étude que nous venons de faire des principaux symptômes auxquels donne lieu le cancer du pancréas, il résulte que le diagnostic de cette affection est très difficile à poser. Il possède, en effet, très peu de signes propres et donne lieu, au contraire, à de nombreux symptômes de compression. Ces derniers, loin de faciliter le diagnostic, ne servent

qu'à le rendre plus obscur et font supposer successivement que l'on a à faire, soit à une maladie hépatique, soit à une maladie de l'estomac, soit enfin à une affection de l'intestin ou du péritoine. Il n'existe à proprement parler, pas de signes précis qui permettent au clinicien de dire qu'il se trouve en face d'un cancer du pancréas. Les selles graisseuses, la sialorrhée, la diarrhée séreuse que l'on donne généralement comme les symptômes les plus ordinaires de cette maladie, peuvent faire défaut et n'ont qu'une valeur très restreinte. C'est donc uniquement d'après la marche des phénomènes, d'après leur coexistence, d'après les nuances qu'ils offrent que l'on peut essayer de localiser le néoplasme dans le pancréas. L'ictère se rencontre, il est vrai, dans beaucoup d'autres affections, mais ici seulement il affecte une marche toujours progressive, sans présenter aucune rémission. Dans aucun autre cancer viscéral l'amaigrissement ne survient aussi vite et la cachexie n'est aussi profonde que dans celui qui nous occupe. Quand tout élément de diagnostic différentiel fera défaut, une indication précieuse pourra être tirée de l'évolution rapide de la maladie. Nous avons déjà vu que le siège de la tumeur pouvait dans quelques cas apporter quelques éclaircissements, mais cette tumeur n'est pas toujours appréciable, et quand elle existe, il n'est pas toujours facile d'indiquer l'organe auquel elle appartient.

En résumé, c'est par la marche précipitée de la maladie, l'amaigrissement rapide, l'ictère progressif et la cachexie, que l'on peut arriver à faire le diagnostic du cancer primitif du pancréas.

CHAPITRE IV

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU CANCER DU PANCRÉAS

Le cancer du pancréas peut se rencontrer dans les diverses parties de cet organe ; cependant c'est la région renflée qui avoisine l'anse du duodénum et qui est connue sous le nom de tête du pancréas, qui en est le plus souvent le siège. Il est plus exact de dire que le cancer primitif occupe cette tête, tandis que le cancer secondaire occupe de préférence la queue du pancréas. On observe deux formes principales de tumeurs pancréatiques : l'une reste localisée à l'organe, la seconde se propage par continuité aux régions voisines. Quelle est l'aspect de la tumeur dans les deux cas ?

Quand le cancer du pancréas reste limité à cette glande, c'est, avons-nous dit, la tête qui en est le siège. On trouve, à la place de celle-ci, une masse irrégulière présentant de nombreuses bosselures, qui, d'une part est en rapport avec les parois de la

seconde portion du duodénum et, de l'autre, avec les portions glandulaires restées saines. Sa couleur est gris-jaunâtre et tranche avec la teinte rosée des parties voisines. Quand on incise la tumeur, il est facile de s'apercevoir qu'elle présente une dureté anormale ; elle offre un aspect homogène et laisse écouler un peu de liquide par la pression et le raclage. La transition avec les parties saines du pancréas a lieu d'une façon insensible. Le volume de la tumeur est très variable ; il varie de celui d'une grosse noix à celui du poing. Dans ce dernier cas, il y a eu une sorte d'hypertrophie de la tête du pancréas qui est entièrement due à l'action du néoplasme. Quand il existe, au contraire, de l'atrophie de cette tête, ainsi que nous l'avons vu dans l'observation XIII et ainsi qu'on le constate souvent dans les autopsies de diabétique, c'est à une cirrhose du pancréas que l'on a affaire et non pas à un cancer.

Lorsque le cancer du pancréas se propage aux organes voisins, cette propagation se fait presque toujours par continuité et rarement par généralisation à distance. Ceci tient peut-être, soit à la rapidité avec laquelle évolue la tumeur, rapidité qui empêche qu'elle ait le temps de donner naissance à des foyers secondaires éloignés, soit à la structure du pancréas dans lequel l'absence de lymphatiques canaliculés peut être un obstacle à cette généralisation. Les rapports anatomiques de l'organe indiquent de prime abord quels sont les points qu'une tumeur envahira. Les parois du duodénum, qui ne sont séparées du pancréas que par une couche de tissu conjonctif et

que traverse d'autre part le canal de Wirsung, sont celles que le néoplasme envahit en premier lieu. Il en résulte que l'orifice du canal pancréatique est quelquefois oblitéré par la tumeur, ce qui amène une dilatation de la partie du canal située en amont, et la formation de petits kystes qui se traduisent à la surface de l'organe par des bosselures multiples (Bonnamy). Ce que l'on constate le plus souvent, c'est la dilatation du conduit, qui est quelquefois telle qu'elle permet l'introduction d'une grosse plume d'oie ou même du petit doigt (R. Tripier).

Le canal cholédoque, qui vient aboutir dans le duodénum par l'intermédiaire de l'ampoule de Vater au même niveau que le canal pancréatique, est aussi souvent que lui modifié par l'extension de la tumeur. Les cas où il est épargné sont l'exception, et alors l'ictère que nous avons signalé comme un symptôme constant peut faire défaut. Dans presque toutes les autopsies, on trouve le canal cholédoque soit fortement comprimé, soit diminué de calibre par la dégénérescence cancéreuse de ses parois. Cette oblitération plus ou moins partielle des voies d'excrétion de la bile amène tous les symptômes qui suivent, d'habitude, l'obstruction du canal cholédoque due à un calcul ou à une cause quelconque. Nous avons dit plus haut quels étaient les symptômes qui en étaient la conséquence ; nous nous contenterons donc de dire ici qu'une forme particulière de cirrhose hépatique produite par la rétention de la bile, peut en être le résultat anatomique. La stase de la bile dans les conduits et la vésicule biliaire amène une dilatation et

un catarrhe des premiers, et une distension considérable de la seconde. L'hypertrophie de la vésicule peut être telle qu'elle donne naissance à une tumeur arrondie que l'on sent au-dessous de la face inférieure du foie, ce qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Dans ces cas, on peut observer également la production de calculs dans les différentes portions des voies biliaires et tous les symptômes habituels de la lithiase. *

Si les parois du duodénum sont souvent altérées, il ne s'en suit pas que les fonctions digestives qui se passent dans ce segment de l'intestin soient pour cela gênées d'une façon notable. Il est rare, en effet, qu'il survienne un rétrécissement empêchant le cours des matières alimentaires et interceptant la circulation du chyme. Les lésions secondaires de l'estomac ont, à ce point de vue, une importance beaucoup plus considérable que celles du duodénum. Sa grande courbure et la région pylorique sont fréquemment le siège de l'extension du néoplasme. Il se produit dans les tuniques stomacales une infiltration cancéreuse qui détruit d'abord les couches musculaires et envahit ensuite peu à peu le tissu cellulaire sous-muqueux et les glandes. Quand cette dégénérescence est étendue, les symptômes qui lui succèdent sont tout à fait les mêmes que ceux qui sont produits par un cancer de l'estomac siégeant près du pylore.

On observe alors des douleurs vives à la région épigastrique, ainsi que le point douloureux dorsal, des vomissements alimentaires et sanguins, de la dilatation de l'estomac, etc. Mais il n'est pas néces-

saire, pour que ces phénomènes se produisent, que le cancer ait envahi la surface de l'estomac sur une grande étendue et nous croyons même que l'irritation seule des couches profondes de ses tuniques et par suite, des filets du pneumogastrique peut amener tous les réflexes gastriques que l'on voit alors. Les observations du cancer du pancréas dans lesquelles on assiste à des vomissements abondants et à des digestions pénibles, sans que l'estomac soit altéré ou alors qu'il ne l'est que très peu, sont fréquentes et l'on ne peut guère ici mettre en cause, pour les expliquer, que des actions réflexes.

L'inflammation du péritoine au voisinage de la tumeur n'est pas rare : l'épiploon gastro-hépatique et le grand épiploon sont fréquemment le siège d'une infiltration cancéreuse qui amène rapidement des adhérences entre eux et les organes voisins, il en résulte des péritonites localisées qui se traduisent, pour le clinicien, par des exacerbations passagères des symptômes habituels et particulièrement de la douleur. Ces points de péritonite peuvent même s'étendre au loin et donner lieu à une inflammation diffuse qui amène des adhérences multiples et des douleurs irradiées.

Autour du pancréas existent de nombreux ganglions lymphatiques qui se trouvent atteints de dégénérescence cancéreuse dès que la tumeur a la moindre tendance à la généralisation. Il arrive, dans certains cas, que l'engorgement de ces ganglions est tellement considérable, qu'on peut les prendre pour le foyer primitif de la tumeur et croire que le pancréas

n'a été atteint que secondairement. Parfois même leurs rapports avec cette glande sont si intimes qu'ils ne font qu'une seule masse avec elle et qu'il est très difficile de distinguer celle-ci d'avec eux. Mais ce ne sont généralement que les ganglions voisins qui se trouvent pris ainsi et l'on observe très rarement l'infiltration des ganglions qui occupent les fosses iliaques ou les régions profondes de l'abdomen. C'est souvent à la compression qu'ils exercent sur l'aorte et les gros troncs veineux ou sur les branches du plexus solaire que l'on doit attribuer les troubles de la circulation et les douleurs paroxystiques qui sont si fréquemment les symptômes du cancer du pancréas.

Le pancréas peut être le siège de tumeurs de genres différents. On y a observé le cancer colloïde, le cancer encéphaloïde, le cancer mélanique et le squirrhe. Richard Pott et Wagner ont rapporté des cas d'épithélioma à cellules cylindriques, et MM. Lépine et Cornil ont donné l'observation d'un lymphome du pancréas. Mais parmi toutes ces tumeurs, celle qui a été signalée comme la plus fréquente est sans contredit le squinhe. Ancelet donne la proportion de 133 cancers fibreux contre 14 encéphaloïdes. Nous ne savons si cette proportion est exagérée, mais nous avons remarqué que, dans presque tous les cas où l'examen histologique avait été fait, qu'il s'agissait d'un cancer squirrheux. Les deux cas que nous avons observés étaient nettement du carcinome, mais du carcinome d'un type spécial à stroma fibreux prépondérant. Avant de commencer leur analyse histo-

logique, nous pensons qu'il est peut-être utile de résumer en quelques lignes les notions que l'on possède actuellement sur la structure normale du pancréas.

Pendant longtemps le pancréas a été assimilé aux glandes salivaires, on le désignait même sous le nom de glande salivaire abdominale. Tous les auteurs décrivaient sa structure comme identique à celle de la parotide. Le canal de Wirsung se divisait en canaux secondaires, puis tertiaires, dont les dernières ramifications allaient se terminer dans de petits acini. Le pancréas était donc une véritable glande en grappe que l'on divisait et subdivisait en lobes, lobules et acini ou alvéoles. Le revêtement de chaque alvéole était considéré comme formé par des cellules prismatiques claires, transparentes, laissant écouler un liquide qui était emporté au loin par les canaux excréteurs. Le tissu conjonctif qui forme à la glande une enveloppe complète envoyait dans la profondeur des cloisons plus ou moins serrées qui séparaient les lobes, puis les lobules. Cette disposition, on le voit, correspond absolument à celle que l'on attribue aux glandes salivaires et elle ne fait jouer aux vaisseaux sanguins qu'un rôle secondaire, car, d'après elle, ils sont seulement disposés à la surface du lobule sans le pénétrer.

Gianuzzi, le premier en 1869, s'éleva contre cette théorie qui faisait du pancréas une parotide abdominale. Il étudia sa structure avec soin et s'aperçut qu'il avait affaire non pas à une glande en grappe, mais à une glande vasculaire qui était édifiée par rapport aux vaisseaux sanguins. Pour lui les canaux

excréteurs forment un réseau très fin composé de canalicules dépourvus d'épithélium et qui entoure de ses mailles les cellules pancréatiques comme les canaux biliaires entourent celles du foie. Ce n'est qu'à la sortie du lobule que l'on trouve des canaux excréteurs véritables munis d'une paroi propre et d'un épithélium.

Les travaux récents de M. le professeur Renault (1) tendent à prouver que la structure du pancréas se rapproche de celle du foie, et a pour le moins la plus grande analogie avec celle de certains organes lympho-glandulaires, tels que les glandes de l'œsophage de quelques oiseaux. Ses études ont porté sur le pancréas fœtal et le pancréas adulte et ses conclusions sont les suivantes :

La structure du pancréas chez un fœtus de moins de deux mois et demi est celle d'une glande en grappe. Les canaux excréteurs se divisent dichotomiquement et vont aboutir à des lobules composés de trois ou quatre acini. L'épithélium qui revêt ces lobules est formé de cellules cylindriques sans caractère particulier. Chaque alvéole ou acinus possède à son centre une petite cavité dans laquelle le liquide excrété se collecte pour tomber ensuite dans les canaux pancréatiques. Autour de ces lobules existe le mésoderme dans lequel les vaisseaux ne se voient pas encore. Vers le troisième mois de la vie fœtale, on voit les vaisseaux sanguins bourgeonner au voisinage des lobules et remanier les tissus qui les

(1) Renault, *Communication à l'Institut*, 1879.

entourent ; c'est la période du remaniement périlobulaire. Autour de chaque vaisseau se dépose une quantité considérable de globules blancs qui forment un véritable amas lymphatique et qui transforment en tissu réticulé le tissu conjonctif préexistant. Tout capillaire sanguin devient ainsi le centre d'un bourgeon lymphoïde qui s'avance de plus en plus vers le lobule pancréatique.

A cette première phase, que l'on peut apeler *stade d'infiltration embryonnaire peri-acineuse*, en succède une seconde qui aboutit au remaniement du follicule pancréatique lui-même. Les vaisseaux arrivent en contact avec l'épithélium glandulaire et, sans le pénétrer, le refoulent devant eux, de telle sorte que chaque bourgeon est revêtu par lui sur tout son pourtour. La cavité de l'acinus est ainsi envahie par une tige pleine intra-acineuse, renfermant des vaisseaux ; cette tige subit le sort du tissu qui a formé le point peri-acineux et se transforme en tissu réticulé vrai. Il existe par conséquent, au centre de l'acinus, une tige réticulée constituée comme le tissu caverneux d'un ganglion lymphatique. Sur tout le pourtour de chaque alvéole primitif, l'on voit ainsi apparaître un grand nombre de bourgeons vasculaires semblables qui le pénètrent complètement et font disparaître sa cavité centrale. Quand ce remaniement est complet, l'acinus n'est plus représenté que par des cordons d'épithélium séparés les uns des autres par les capillaires sanguins et par les tiges conjonctives qui les ont suivis. M. Renaut appelle un tel follicule ainsi remanié, point folliculaire. Le point folliculaire cor-

respond, par conséquent, à l'alvéole de la glande en grappe primitive dont l'épithélium a été dissocié par les vaisseaux.

Dès que les points folliculaires sont constitués, il se fait autour d'eux un bourgeonnement de cellules épithéliales qui amène la formation de cordons cellulaires qui remplissent tous les espaces laissés entre eux. Le pancréas adulte peut donc être considéré comme formé par une série de cordons de cellules limités par les vaisseaux et contenant à leur centre une tige de tissu conjonctif. Les canaux excréteurs s'arrêtent à l'origine de chaque lobule et ne sont plus représentés à son intérieur que par des méats inter-cellulaires ou canaux de Saviotti analogues à ceux qui séparent les cellules hépatiques et qui sont l'origine des conduits biliaires. Le pancréas a donc avec le foie de grandes analogies de structure ; ses éléments cellulaires sont, comme les siens, ordonnés par rapport aux vaisseaux ; mais ce qui distingue ces deux glandes, c'est que dans le pancréas le tissu conjonctif pénètre les lobules pour en séparer les cordons cellulaires et que, dans les points folliculaires, il affecte le type réticulé et se charge d'éléments lymphatiques.

Si nous avons fait cette longue digression sur la structure du pancréas, c'est que nous la croyons utile pour expliquer la prédominance du cancer squirrheux dans cet organe, ainsi que celle de l'adénome. Nous avons, en effet, remarqué que dans le carcinome, comme dans la cirrhose du pancréas, la prolifération conjonctive donnait toujours lieu, sur

certain points, à la formation d'amas de cellules lymphatiques paraissant en rapport avec la structure lymphoïde de l'organe.

Tous les auteurs qui se sont occupés du cancer du pancréas se sont contentés d'examiner les tumeurs qu'ils avaient entre les mains d'une façon très superficielle. La plupart n'en ont pas fait l'examen histologique, et ceux qui l'ont pratiqué ont cherché simplement à reconnaître à quelle forme de cancer ils avaient à faire, sans s'occuper de son évolution au sein de la glande. Les renseignements que fournit la lecture de leurs observations sont par conséquent très incomplets, et la seule chose qu'ils nous apprennent c'est que, dans la majorité des cas, le cancer du pancréas revêt le type fibreux. Richard Pott a observé un cas dans lequel l'examen microscopique lui laissait voir, au milieu d'un stroma conjonctif abondant, des alvéoles ronds et ovales dont la paroi était tapissée par un épithélium cylindrique. La présence de cet épithélium particulier amène l'auteur allemand à penser que la tumeur a débuté par le canal de Wirsung qui est revêtu d'un épithélium cylindrique.

Strumpfell, dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, a fait l'analyse histologique de la tumeur qu'il a trouvée : il l'a décrite comme appartenant à un type pur de carcinome alvéolaire, avec prédominance du tissu conjonctif.

Nous avons fait l'examen histologique des quatre tumeurs du pancréas qu'il nous a été donné d'observer, et deux fois nous avons trouvé un carcinome alvéolaire et deux fois une cirrhose du pancréas. Voici du reste les résultats de cet examen.

Le malade auquel se rapporte l'observation I de ce travail présentait une tumeur dure et bosselée de la tête du pancréas. Des coupes faites dans cette région et colorées au picro-carmin nous ont montré que tous les éléments glandulaires avaient complètement disparu pour être remplacés par un carcinome alvéolaire d'un type un peu particulier. Au lieu de rencontrer ici, comme dans le carcinome du sein, par exemple, des travées conjonctives très minces limitant entre elles des alvéoles de grande dimension qui communiquent souvent entre eux de façon à former de vastes lacunes irrégulières, on s'aperçoit bien vite que le tissu conjonctif a pris un développement considérable. Toute la tumeur n'est, en quelque sorte, qu'un bloc fibreux au milieu duquel se voit, de distance en distance, des groupes d'alvéoles cancéreux. Ces alvéoles sont petits, les travées qui les séparent sont épaisses, et envoient même à leur intérieur de minces faisceaux connectifs qui les cloisonnent. Leur cavité est remplie par des cellules cancéreuses affectant presque toujours le type épithélioïde. Quelquefois ces cellules s'insèrent régulièrement sur les parois de l'alvéole et ressemblent tout à fait à un epithelium, mais le plus souvent, elles sont tombées au milieu de la cavité alvéolaire et y constituent un amas d'éléments disposés sans ordre. Le tissu connectif qui entoure directement les régions où l'on rencontre des alvéoles est infiltré par des cellules embryonnaires qui le dissocient sur une certaine étendue. Nous avons dit qu'on ne rencontrait plus aucune trace des acini de la glande; il nous est par

conséquent difficile de préciser quel a été le point de départ de la tumeur et de dire si elle s'est développée primitivement dans les conduits excréteurs ou dans les acini eux-mêmes. La nature épithélioïde des cellules qui tapissent les alvéoles de ce carcinome nous permet toutefois de supposer que l'épithélium des cordons du pancréas a pris une large part à leur formation. Sur certaines coupes, on aperçoit encore la lumière de quelques gros conduits excréteurs; ils paraissent considérablement dilatés, mais leur épithélium présente ses caractères normaux. En résumé, il s'agit ici d'un carcinome dans lequel la substance fondamentale conjonctive a pris un développement exagéré, a écrasé les alvéoles et ne les a laissé subsister que dans des points épars.

L'observation II nous a permis de voir un carcinome se rapprochant du précédent par quelques caractères généraux, mais qui en diffère par de nombreux points de détail. Les alvéoles sont ici en très grand nombre, mais extrêmement petits. Au lieu d'être revêtus, comme ceux que nous venons d'étudier, par des cellules simulant un véritable revêtement épithélial, ils sont remplis par un amas de cellules épithélioïdes qui les obstruent entièrement. Ces cellules ont une forme irrégulière, le plus souvent allongée en fuseau; elles sont très serrées les unes contre les autres et sont disposées par couches concentriques, dont l'ensemble donne lieu à une masse arrondie rappelant tout à fait l'aspect des noyaux cornés de l'épithélioma.

La coloration que prennent ces cellules dans cer-

tains endroits, sous l'influence du picro-carmin, est légèrement jaune-orangé, ce qui rend la ressemblance encore plus complète. Le tissu qui sépare ces alvéoles les uns des autres, et qui représente par conséquent les travées du carcinome alvéolaire ordinaire, est du tissu conjonctif dont le développement est plus ou moins complet. Tantôt les travées inter-alvéolaires sont formées par du tissu fibreux vrai, et c'est là, hâtons-nous de le dire, ce qui est le plus fréquent ; tantôt elles consistent seulement en cellules fusiformes très allongées, séparées par de simples fibrilles conjonctives, qui se moulent les unes sur les autres, et rappellent ce que l'on voit dans le sarcome fasciculé. Lorsque la coupe passe perpendiculairement à l'axe de ces cellules, elle apparaissent alors comme de petits cercles juxtaposés qui, à première vue, simulent des cellules embryonnaires. Il est facile d'éviter cette confusion en examinant les points voisins où ces cellules sont vues en longueur ou coupées obliquement.

Sur chaque préparation on rencontre, disséminés au sein de la tumeur, des amas de cellules lymphatiques qui empiètent sur le tissu conjonctif qui les entoure et n'ont par conséquent aucune limite précise. Ces éléments lymphatiques sont contenus dans des mailles très étroites limitées par des fibrilles très délicates qui paraissent appartenir à du tissu réticulé. N'ayant pas traité ces pièces au pinceau, nous ne pouvons affirmer que nous ayons affaire ici à du tissu réticulé vrai, mais un examen attentif sur les coupes ordinaires nous permet de le supposer. Il est plus dif-

ficile de donner une interprétation de la présence de ces amas lymphatiques ; leur nombre relativement considérable peut faire penser qu'ils se sont développés aux dépens d'un des points folliculaires de la glande, qui, ainsi que nous l'avons vu, sont de véritables édifications lymphoïdes. Mais, comme le pancréas tout entier est constitué par une trame conjonctive et reticulée qui supporte les éléments cellulaires, il est possible qu'une portion quelconque d'un de ces lobules donne lieu à cette production exagérée d'éléments lymphatiques. Nous pouvons rapprocher, de ce que nous observons ici, l'examen histologique, fait par M. Cornil, d'un lymphome du pancréas dans lequel toute la glande avait été transformée en tissu lymphoïde.

Voici, du reste, cette observation en détail.

OBSERVATION XVI

(D^{rs} Lépine et Cornil. -- *Gazette médicale de Paris*, n° 50, 1874)

Le malade était âgé de 52 ans, il se disait mal portant depuis onze mois ; depuis sept mois il vomissait et avait des douleurs dans la région de l'estomac, jamais d'hématémèses, A la palpation de l'abdomen, on reconnaissait facilement l'existence d'une tumeur non mobile, siégeant au-dessus du rebord costal, à droite. Pendant le court séjour du malade à l'hôpital, les selles n'ont rien présenté de particulier ; les symptômes principaux, outre la tumeur, étaient un affaiblissement considérable, une teinte jaune terreuse, cachectique de la peau, de l'inappétence et des vomissements quelques heures après les repas

Autopsie. — On a trouvé une masse ganglionnaire considérable au niveau de la tête du pancréas qui est englobée, mais non confondue dans la masse. La moitié droite du pancréas est beaucoup augmentée de volume. A la place du tissu glandulaire normal on constate, à la coupe, l'existence d'un tissu blanc un peu mou, semblable à de l'encéphaloïde. Il en est de même des ganglions lymphatiques qui entourent le pancréas.

L'estomac est soudé au pancréas par sa petite courbure et sa face postérieure ; sa muqueuse et le tissu sous-muqueux, au voisinage du pylore, sont le siège d'une infiltration lardacée, épaisse de plusieurs millimètres ; l'orifice pylorique admet avec difficulté l'index. En plusieurs points, le foie et le diaphragme sont envahis par la production morbide, ainsi que la base du poumon droit.

L'altération de ces organes paraît s'être fait exclusivement par envahissement (propagation directe). Il n'en est pas de même pour les reins qui présentent dans leur substance corticale et médullaire plusieurs points blancs (généralisation).

Le cœur est petit et dilaté ; pneumonie de la base du poumon droit, paraissant indépendante de la production morbide.

L'examen histologique du tissu morbide a été fait avec beaucoup de soin pour le pancréas, l'estomac et le foie. Dans ces trois organes, on a constaté qu'il était exclusivement formé par du tissu lymphoïde. Sur des coupes minces, durcies, on ne voit qu'une accumulation d'éléments lymphoïdes serrés les uns contre les autres ; après le traitement au pinceau, on constate avec la plus grande netteté l'existence de trabécules circonscrivant des mailles de grandeur variable. Sur plusieurs trabécules on distingue nettement une cellule endothéliale.

Cette transformation de tout le pancréas en tumeurs lymphoïdes n'a rien qui doive nous surprendre, surtout si nous nous reportons à ce fait que les

travaux de M. Renaut ont démontré, à savoir que chaque point folliculaire n'est qu'un véritable bourgeon de tissu adénoïde, et que ce tissu se trouve en grande quantité dans la structure des cordons pancréatiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de transformation fibreuse ou cirrhose du pancréas, l'un dans le service de M. le professeur R. Tripier, l'autre qui nous a été communiqué par M. Bard. Le premier avait été accompagné de tous les symptômes cliniques auxquels donne naissance le cancer du pancréas et ce n'est que par l'examen histologique qu'il fut possible de reconnaître qu'on avait affaire à une simple cirrhose. Le second avait été accompagné par un diabète maigre et rentre, par conséquent, dans la catégorie des faits étudiés par Lancereaux. Nous allons donner, d'une façon succincte, le résultat de cette étude histologique.

Les coupes de la tumeur se rapportant à l'observation XIV, démontrent manifestement que l'on a à faire à une prolifération de tissu fibreux périlobulaire qui étouffe progressivement les éléments glandulaires. Si on les examine avec un objectif 2 de Véric, on voit que tous les lobules sont devenus très distincts et sont séparés les uns des autres par des cloisons de tissu conjonctif, beaucoup plus épaisses qu'à l'état normal. De ces travées périlobulaires partent des faisceaux conjonctifs plus déliés, qui pénètrent dans l'intérieur du lobule et le divisent en une quantité considérable de loges, correspondant chacune à la coupe d'un cordon pancréatique. Les ca-

naux excréteurs sont tous très dilatés ; leur epithelium, composé de cellules cylindriques, restent intact, mais leurs parois sont le siège d'un épaissement considérable. Les canaux sont comme perdus au milieu du tissu fibreux qui forme autour d'eux une masse considérable et les sépare des lobules voisins. Les vaisseaux sanguins qui accompagnent les canaux excréteurs sont également le siège d'une transformation conjonctive ; leurs parois sont épaissies et leur lumière, dans beaucoup de points, fortement rétrécie.

Si on étudie une telle préparation avec un plus fort grossissement, on voit que les lobules tout entiers sont envahis par la sclérose. Des travées fibreuses, épaisses, séparent les cordons et compriment les cellules de la glande qui y sont situées. Chaque cordon du pancréas présente autour de lui un cercle de tissu fibreux, au sein duquel les vaisseaux sanguins ont disparu ou ne sont plus représentés que par des orifices à peine perméables. La tige centro-acineuse prend un développement exagéré et forme, au centre du cordon, une colonne fibreuse qui envoie entre les cellules de fins prolongements de tissu connectif. Les cellules qui occupent la périphérie de chaque lobule sont celles qui sont le plus altérées ; la plupart sont comprimées, tandis que les autres, sous l'influence d'une inflammation lente, sont revenues à l'état embryonnaire.

D'après ce qui précède, nous pouvons dire que nous sommes en présence d'une cirrhose du pancréas qui a les plus grands rapports avec la cirrhose atro-

phique du foie et qui aboutit comme elle à la disparition progressive des cellules de la glande. C'est autour des lobules, au milieu du tissu conjonctif dans lequel sont situés les canaux excréteurs et les vaisseaux sanguins, que le processus inflammatoire prend naissance pour s'étendre ensuite à l'intérieur du lobule et transformer le tissu réticulé en tissu fibreux. Nous n'avons trouvé aucune altération notable de l'épithélium des canaux pancréatiques : les parois seules sont épaissies et devenues fibreuses. Les parois des vaisseaux sanguins, au contraire, sont le siège d'une inflammation chronique qui amène, d'une part, l'oblitération lente de leur lumière et de l'autre leur épaississement. C'est autour d'eux que la prolifération conjonctive paraît la plus active, et c'est partout où on les rencontre, que le développement du tissu fibreux et l'écrasement des éléments glandulaires sont le plus considérables. Nous sommes donc amenés à conclure que la cirrhose du pancréas que nous avons observée est, comme celle du foie, sous la dépendance d'une inflammation primitive des vaisseaux qui se propage ensuite aux espaces interlobulaires et de là dans le lobule lui-même.

Nous avons examiné également le pancréas atrophié trouvé chez un malade atteint de diabète maigre, et nous nous sommes trouvé en face d'une transformation fibreuse, presque absolue, de tout cet organe. Ce n'est que sur quelques points épars que l'on rencontre encore des traces de lobules. Autour d'eux, le tissu conjonctif a tout détruit et forme des travées d'une épaisseur considérable. Les lobules qui ont encore

conservé une apparence de structure normale, sont envahis par les faisceaux conjonctifs et leurs cellules sont dissociées par eux. La transformation en tissu fibreux est ici si complète qu'il nous est impossible de dire quel a pu être son point de départ, et nous ne pouvons savoir si c'est à une altération des vaisseaux que son origine doit être attribuée.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du pancréas est le plus souvent primitif ; il est dans ce cas localisé à la tête de l'organe ; s'il est secondaire, ce qui est rare, il se montre sous forme de noyaux disséminés et coïncide avec une carcinose généralisée.

2° Les symptômes qu'il présente sont très difficiles à séparer de ceux auxquels donnent lieu les cancers du foie, de l'estomac et de l'épiploon. Il n'existe pas de signe pathognomonique qui permette de poser un diagnostic certain ; cependant, d'après nos observations, le cancer du pancréas nous paraît caractérisé par trois phénomènes essentiels : des troubles digestifs précoces, un ictère à marche progressive et une durée très courte de la maladie. Ce n'est donc que par la réunion de ces symptômes que l'on peut arriver à poser un diagnostic de probabilité.

3° Au point de vue anatomique, le cancer du pancréas affecte généralement la forme squirrheuse. L'examen histologique démontre l'existence d'un carcinome à alvéoles petits, écrasés par le tissu conjonctif et remplis par des cellules épithélioïdes. Au voisinage des points fibreux existent fréquemment de petits amas de cellules lymphatiques qui sont en rapport avec la structure même de la glande.

4° Certains cas qui, cliniquement, donnent lieu à tous les symptômes du cancer ne sont en réalité que des cirrhoses aboutissant à la disparition des lobules pancréatiques. Le diagnostic entre elles et le cancer est impossible.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et Mécanisme des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil? Où est-il placé?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.

VU :

Le Président de Thèse,

R. TRIPIER.

Vu : *Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANCELET Etudes sur les maladies du pancréas.
Archives de Médecine, t. V, 4^e série, p. 495.
- BÉCOURT Thèse de Strasbourg, 1830.
- BESSON Thèse de Paris, 1864.
- BONNAMY Tumeurs du pancréas. Thèse de Paris, 1879.
Bulletins de la Société anatomique. — 1865,
 page 267.
- L. GANE *British Medical Journal*, 1883.
- DACOSTA *In North America Review*.
- DECHAMBRE *Dictionnaire*, t. XX, p. 160.
- JACCOUD *Dictionnaire*, t. XXIX, p. 724.
- FRANCK Traité de pathologie interne.
Gazette des Hôpitaux. — 1848, p. 600.
 — — — 1860, p. 98.
Gazette heb. de Médecine. — 1865, p. 853.
 — — — 1874, p. 789.
 — — — 1877, p. 15.
Gazette méd. de Paris. — 1874, p. 624.
 — — — 1876, p. 79.
- GIANUZZI *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1869.
- LAPIERRE Thèse de Paris, 1879.
- LÉPINE ET CORNIL Adénome du pancréas. *Gazette médicale de*
Paris, 1874, n^o 50.
- MADRE Thèse de Paris, 1883.

- MAIGRE Thèse de Paris, 1866.
MONDIÈRE Recherches pour servir à la pathologie du pan-
créas.
MOYSE..... Thèse de Paris, 1852.
R. POTT *In Deutsch Zeitschr f. prakt med.* 1878.
RENAUT..... Communication à l'Académie. 1879.
Revue de Hayem, t. XVIII, p. 457.
SALLES Thèse de Paris. 1879.
TAILOR ET GIBBOUS.... *Pacific Medical and Surgical journal.*
Union médicale. — 1883, p. 453.

